ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Prof. **L. Acconci**, *Genova*
Dott. **G. Bargioni**, *Firenze*
Dott. **L. Bergesio**, lib. d., *Torino*
Prof. **G. Berruti**, *Torino*
Dott. **A. Bertazzoli**, libero docente, *Milano*
Prof. **L. M. Bossi**, *Novara*
Dott. **E. Bruers**, *Bologna*
Prof. **G. Calderini**, *Bologna*
Dott. **F. Candia**, *Napoli*
Dott. **F. Caruso**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **I. Clivio**, lib. doc., *Alessandria*
Prof. **G. Cosentino**, *Catania*
Dott. **G. E. Curàtulo**, libero docente, *Roma*
Prof. **C. De Argenta**, *Salamanca*
Dott. **C. Decio**, *Milano*
Prof. **E. F. Fabbri**, *Modena*
Prof. **E. Falaschi**, *Siena*
Dott. **M. Fermi**, *Parma*
Dott. **G. Gelli**, *Firenze*
Dott. **G. Giglio**, lib. d., *Palermo*
Prof. **G. Inverardi**, *Padova*
Dott. **G. Kirch**, lib. d., *Firenze*
Dott. **V. Lauro**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **F. La Torre**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Manzoni**, *Milano*
Dott. **O. Marchioneschi**, libero docente, *Pisa*
Dott. **C. Marocco**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Martinetti**, *Firenze*
Prof. **C. Massarenti**, *Bologna*
Dott. **F. Meola**, lib. doc., *Napoli*
Prof. **C. Minati**, *Pisa*
Prof. **O. Morisani**, *Napoli*
Prof. **P. Negri**, *Venezia*
Dott. **F. Parona**, *Novara*
Prof. **E. Pasquali**, *Roma*
Dott. **M. Pazzi**, *Bologna*
Prof. **E. Pestalozza**, *Firenze*
Dott. **G. Piazza**, *Milano*
Prof. **E. Pinzani**, *Pisa*
Dott. **N. Postiglione**, *Napoli*
Dott. **G. Raineri**, lib. d., *Vercelli*
Dott. **G. Roncaglia**, libero docente, *Modena*
Dott. **G. Resinelli**, lib. d., *Pavia*
Dott. **U. Rusconi**, *Milano*
Dott. **P. Sacchi**, *Cremona*
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc., *Siena*
Dott. **G. M. Sotgiu**, *Sassari*
Dott. **P. G. Spinelli**, *Napoli*
Prof. **D. Tibone**, *Torino*
Prof. **E. Truzzi**, *Parma*
Dott. **M. Vercelli**, *Saluggia*
Prof. **E. Welponer**, *Trieste*.

ANNO XX - 1898

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
26 JAN 99
LIBRARY

MILANO
TIPOGRAFIA EDITRICE L. F. COGLIATI
Via Pantano, 26.

Anno XX. Gennaio 1898. Num. 1.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
26 JAN 98
LIBRARY

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Bologna

diretta dal Prof. G. Calderini

SULLA SINFISIOTOMIA

RELAZIONE DI DUE CASI DI SINFISIOTOMIA E CONSIDERAZIONI CRITICHE

PER IL

Dott. BETTINO POZZOLI

Aiuto e Libero docente.

È ormai troppo nota la storia della sinfisiotomia perchè io in questo modesto lavoretto possa dispensarmi dal dire di essa. Rimando per chi fosse desideroso di notizie in proposito ai lavori di Spinelli (« Sulla sinfisiotomia, » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1892), Deforges (« Recherches historiques et critiques sur la symphyseotomie, » Paris, 1892) e Gottschaux (« Symphyseotomie, » Paris, 1892). È doveroso per me però anzi tutto tributare un reverente omaggio all'illustre prof. senatore Morisani che per tanti anni solo coll'opera e cogli scritti propugnò e difese l'utilità della sinfisiotomia ed ebbe finalmente la soddisfazione in questi ultimi anni di infondere la sua convinzione in molti eminenti ostetrici, quali Pinard e Zweifel, che se ne fecero alla loro volta strenui sostenitori. Così la sinfisiotomia uscita dalla scuola di Napoli, dove per tanto tempo si era rifugiata, andò di nuovo per il mondo raccogliendo ora allori ora contumelie, suscitando prove, esperimenti, discussioni in seno a società scientifiche ed a congressi medici, appassionando gli ostetrici, pochi dei quali mancarono di portare il loro contributo alla soluzione del quesito, se cioè la sinfisiotomia ha diritto di stare fra le operazioni ostetriche e quale posto essa tenga fra queste. Malgrado ciò l'accordo è ben lungi dall'esser fatto su tale argomento e fra quelli che vogliono la sinfisiotomia abbia a sostituire la craniotomia su feto vivo, il taglio cesareo per indicazione relativa, il parto prematuro pro-

vocato e quelli che per partito preso negano sistematicamente ogni valore alla sinfisiotomia, ve ne sono molti che, pur riconoscendo in molti casi l'utilità della sinfisiotomia, vorrebbero venissero ad essa assegnate indicazioni e limitazioni ben precise.

Fra tanti dispareri io credo far opera non del tutto inutile se dall'esame di sperimenti da altri e da me praticati sul cadavere, dalla valutazione di 2 casi di sinfisiotomia operati dal prof. Calderini e che io ebbi l'opportunità di assistere e di altri numerosi che dalla letteratura ho raccolto, cercherò di trarre qualche pratica deduzione, portando così il mio debole contributo alla soluzione del quesito.

Spinelli nel 1891 si reca a Parigi, ove guadagna il prof. Pinard alle idee professate dal suo maestro (Varnier: *Annales de Gynécologie*, Avril 1893), e stampa nel fascicolo di Gennaio degli *Annales de Gynécologie* una statistica di 24 sinfisiotomie, di cui 12 eseguite da Morisani, con nessun decesso per le madri e un solo bambino morto. Il 7 Dicembre 1891 Pinard tiene una conferenza sulla sinfisiotomia e se ne dichiara fautore, e il 4 Febbraio 1892 la eseguisce per la prima volta. Da questo momento comincia per la sinfisiotomia un'era nuova. Difatti in Francia non solo, ma in Inghilterra, in Italia, non più solamente dalla scuola napoletana si pratica sul vivo, si sperimenta sui cadaveri, si discute, da molti si esalta la risorta operazione. E così a soli dieci anni di distanza si avvera la profezia di Mangiagalli (Mangiagalli: « Una probabile risurrezione nel campo dell'ostetricia operativa, » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Gennaio 1880). È solamente dei risultati ottenuti in quest'ultimo periodo dalla sinfisiotomia riabilitata dall'antisepsi, dalla migliorata tecnica e da una più giusta nozione delle sue indicazioni che noi vogliamo occuparci.

***

Per quanto concerne l'allargamento del bacino dopo la sinfisiotomia è innegabile e da tutti ammesso, che un vantaggio reale per il passaggio del feto colla divisione della sinfisi lo si ottiene. Ciò è provato oltre che dai numerosi casi di operazioni di sinfisiotomia con esito felice per il feto eseguito in bacini ristretti e che nessuno vuol contestare, da quei casi in cui esistendo stenosi pelvica e la testa essendo trattenuta allo stretto superiore, essendo avvenuta la rottura della sinfisi pubica, ne seguì la facile espulsione od estrazione del feto. Di

uno di questi fatti narra così il Corradi: « Un chirurgo di Andria di cognome Arbore chiamato ad assistere una partoriente, vedendo impossibile la naturale uscita del feto per essere stretta la pelvi, così immaginò di provvedere al bisogno. Puntellata la testa contro l'osso sacro della donna ed afferrato ai lati il bacino della medesima tanto e sì forzatamente ne trasse a sè gli ilei, che finalmente uno scoppio violento sentissi al pube. Allargatosi con ciò il varco, il parto successe felicemente e la madre non ne ebbe nessun danno » (Corradi: « Commentario dell' Ostetricia in Italia »). Wehle (« Arbeiten aus der Königlichen Frauenklinik in Dresden, » Leipzig 1890, pag. 392) riferisce che Ahlfeld trovò nella collezione dell' Istituto ostetrico di Lipsia un bacino in cui per una violenta estrazione col forcipe era seguita la rottura della sinfisi con sorprendente aumento della CV. Mentre prima essa era lunga, nel bacino integro, 8,6 cm., dopo la divisione addivenne di 10 cm., vale a dire 1,4 cm. in più. Nel N. 24 del *Centralblatt für Gynäkologie* del 93, Oehlscläger assistente di Chroback, descrive per l'intima relazione che essa ha colla questione del giorno, la sinfisiotomia, e per la sua rarità in quanto che egli dice di non averne potuto trovare altri casi nella bibliografia, la storia di una donna rachititica Ipara con promontorio accessibile, in cui essendo stata fatta un'applicazione di forcipe allo stretto superiore su testa in posizione trasversa, con le trazioni valide si tirò la testa a poco a poco nello scavo e quando si dovette fare la rotazione si udì dalle persone presenti un krak, e contemporaneamente, toccata la sinfisi si trovò una divaricazione dei pubi di 3 cm., le trazioni si fecero con maggiore effetto. La donna dopo 3 settimane camminò bene (1).

Inoltre gli esperimenti istituiti su cadaveri, sebbene certo in circostanze diverse che non sul vivo, provano che una divaricazione si può ottenere senza arrecar danni alle sinfisi sacro-iliache e con notevole aumento dello spazio utile pel passaggio della testa. Ma ciò su cui non sono d'accordo gli anatomici e gli ostetrici è sul grado di allontanamento dei pubi cui si può giungere, senza nocumento delle sinfisi sacro-iliache. E già nel primo periodo della sinfisiotomia furono

---

(1) Schwartz (« Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie, » vol. XXX, pag. 84), nell'articolo « Pubis » riferisce che di questo accidente (rottura della sinfisi pubica nel parto) dapprima segnalato da Ambrogio Pareo Malgaigne ne ha raccolto 17 casi.

iniziati esperimenti in proposito e molte e disparate furono le conclusioni cui arrivarono gli autori. Così per non dire di altri citerò Baudelocque (Baudelocque: « Arte ostetrica, » traduz. Cattolica, vol. IV, Pavia, ediz. Copelli, 1819), il quale trovò che il piccol diametro dello stretto superiore, che è quello che molto più costantemente ostacola il parto, non può accrescere che di 4 a 6 linee (9-13,5 mm.) col mezzo di un allontanamento di 2 pollici e 1[2 (67 mm.) per parte delle ossa del pube e che tale allontanamento non si poteva ottenere senza che avvenissero gravi lacerazioni nelle sinfisi sacro-iliache, mentre Ansiaux (citato da Gottschaux, op. cit.) riferisce che sempre con un allontanamento dei pubi di 3 pollici ottenne 10 linee (23 mm.) di aumento nel diametro ant. post. Se a questi, soggiunge, si uniscono 11 mm. di guadagno che si hanno impegnando la bozza parietale fra i pubi divaricati, si ha un aumento totale di 34 mm. Nei suoi esperimenti non notò la lacerazione delle sinfisi sacro-iliache che su bacini di donne morte da molte ore in cui i tessuti erano diventati rigidi. Recentemente questi esperimenti furono ripresi e forse con maggior cura e scrupolo eseguiti e fu altresì studiato il meccanesimo, per cui dopo il taglio della sinfisi il bacino si allarga. Così Wehle nell'opera summenzionata riporta il risultato di 25 esperimenti eseguiti su cadaveri di donne nella Clinica ostetrico-ginecologica di Dresda. Al più presto già con un allargamento al disotto di 6 cm. vennero lacerati i legamenti delle articolazioni sacro-iliache su 13 cadaveri, i quali tutti erano secchi, asciutti, per scarsità di adipe o per vecchiaia (10 di essi erano di donne al disopra di 60 anni) o per lunga malattia.

In un secondo gruppo di 8 cadaveri i cui tessuti erano mediocremente pastosi, avvenne la rottura fra 6 e 8 cm. In un terzo gruppo di 4 cadaveri appartenenti a puerpere seguì la rottura solo con una divaricazione di 8 cm. o rimase intatta anche sopra 9 cm. Questa notevole differenza sulla possibilità che hanno i pubi di divaricarsi senza lesioni nelle articolazioni, come già prima da Ansiaux, è stata messa in rapporto colla minore o maggiore elasticità che aumenta durante lo stato di gravidanza per imbibizione sierosa che avviene in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca e della sinfisi del pube, per cui la cartilagine interarticolare nella sinfisi pubica si fa più molle e viene a prendere la consistenza dei dischi intervertebrali (Cuzzi: « Trattato di ostetricia, » Vallardi, Milano, 1891, vol. I, pag. 35). Di qui anzi sca-

turisce naturalmente la riflessione che per questo aumento di spessore del disco interarticolare e per la sua maggiore mollezza, dovrebbe riescire più agevole durante l'operazione della sinfisiotomia trovare la sinfisi e una volta trovata, inciderla. Per questo rilasciamento nelle sinfisi ne sussegue ancora che nelle donne incinte si nota in esse una certa mobilità delle ossa del bacino in corrispondenza della sinfisi pubica che fu già riscontrata da Budin (Budin: « Note sur un moyen qui permet de constater l'existence du mouvement, etc. » *Progrès Med.*, 1875) e delle sinfisi sacro-iliache, come recentemente dimostrò Müllerheim con l'esame rettale ripetuto in 200 incinte (Muellerheim: « Die Symphyseotomie, » Conf. Volkmann, 1894). Vehle, a proposito degli esperimenti ricordati, aggiunge: Del resto anche se i nostri esperimenti sono stati intrapresi in cadaveri di donne morte poco dopo il parto, non possono dare nessuna idea precisa della facilità con cui durante il parto dopo la sinfisiotomia i pubi si divaricano, potendosi allora con la sinfisiotomia divaricare i pubi fino a 7 cm. senza notevoli conseguenze nelle sinfisi sacro-iliache. Così Caruso avea notato in due casi da lui operati una volta un allontanamento dei pubi fino ad 8 mm., un'altra volta fino a 9 senza alcun inconveniente.

Così pure Spinelli da studii anatomici e sperimentali sulla sinfisiotomia presentati al Congresso internazionale di Medicina in Roma, conclude che dopo la sinfisiotomia nei bacini rachitici piatti, asimmetrici e generalmente ristretti, il divaricamento dei pubi può portarsi fino a 10 cm. senza lesioni gravi delle articolazioni sacro-iliache nè lacerazione della vagina, della vescica e dei corpi cavernosi della clitoride (« Atti dell'XI Congresso Medico Intern., » vol. V, pag. 60).

In quanto al guadagno che con un allargamento della sinfisi di 6-7 cm. per rispetto alla CV. si ottiene, Wehle trovò che per un allontanamento di 6 cm. il diametro retto aumenta di 1,2 cm., per un allontanamento di 7 cm. di 1,5, guadagno che può venir aumentato colla pressione dall'alto sui pubi come viene esercitata dalla testa. Egli trovò difatti che il diametro retto dello stretto superiore non si ingrandisce tanto per l'allontanamento dei pubi quanto e più per l'abbassamento degli stessi che si fa già spontaneamente dopo il taglio della sinfisi, e che può venir aumentato colla pressione dall'alto come quando la testa s'impegna o viene tratta in basso col forcipe. Questo abbassamento dei pubi è dovuto a due speciali movimenti che si possono compiere

nelle sinfisi sacro-iliache, le quali più che semplici, sono, secondo gli studii di Luscka, vere e proprie articolazioni complete in cui si possono eseguire movimenti in varia direzione, e specialmente secondo Klein nel movimento simultaneo delle due ossa iliache giranti attorno ad un asse orizzontale tirato trasversalmente al sacro, per cui, come avea notato Walcher, la CV. anche nel bacino integro (*Centralbl. für Gyn.*, 1889, pag. 892) non è una quantità costante, ma si allunga e si accorcia coll' estendere le cosce o col fletterle sul ventre. In secondo luogo nella sinfisiotomia se le ossa del pube si allontanano l'una dall'altra, ciò parimenti è fondato sulla natura delle sinfisi sacro-iliache, le cui superfici articolari subiscono uno spostamento in modo che gli orli anteriori delle superfici articolari si allontanano maggiormente, mentre gli orli posteriori quasi niente, cosichè la cavità articolare forma un prisma di cui una base guarda in avanti, uno spigolo indietro.

Poichè ora il sacro ha una forma conica e le superfici articolari delle articolazioni sacro-iliache convergono in basso, così anche gli assi attorno a cui si compie il detto movimento e che sono situati in vicinanza del bordo posteriore della sinfisi, dovranno convergere in basso avendo un decorso dall' alto in basso e dall' esterno all' interno. Questo decorso degli assi è quello che spiega il movimento fisiologico dei pubi in basso dopo il taglio della sinfisi. E a rendere più chiara la cosa immagina che l' ilion rappresenti una porta attaccata al sacro che ne rappresenterebbe gli stipiti diretti obliquamente. Aprendo la porta in avanti, questa deve naturalmente disporsi in modo che il suo margine superiore se orizzontale si dispone obliquamente e il punto ant. (il pube) si porta più basso.

Farabeuf pure ammette che, divisa la sinfisi pubica, le ossa iliache rotano come due archi di cerchio sul loro estremo posteriore (sinfisi sacro-iliache), attorno ad un corpo fisso, il sacro. Da questa rotazione deriva un aumento di lunghezza delle due linee che dal mezzo del promontorio si portano ai pubi, non solo, ma anche un aumento di lunghezza di tutte le linee che si possono immaginare tirate dal centro del promontorio alla parte anteriore del bacino, al quale allungamento segue un aumento di tutta l' area del bacino, dimostrabile schematicamente costruendo entro il bacino un circolo tangenziale al promontorio e ai due pubi divaricati. Ne consegue ancora che l'aumento del diametro ant. post.

nei bacini appiattiti non è uniformemente proporzionato all' allontanamento dei pubi, ma che questo ingrandimento è accelerato, vale a dire minimo per i primi centimetri di divaricazione dei pubi, s'accresce di più in più per ciascun nuovo centimetro che si aggiunge ai precedenti. Inoltre esso ha stabilito che è nei bacini fortemente ristretti, ove si verifica il maggior accrescimento della CV. e che più questa si avvicina alla normale minore è l' aumento durante l' allontanamento dei pubi. Così per una divaricazione di 7 cm. prodotta in un bacino di 5 cm. di CV. questo diametro aumenta di 35 mm., 31 mm. invece se la CV. misura 6 cm., 28 quando è di 7, 21 se misura 10 (Farabeuf: *Annales de Gynécologie,* Décembre 1892).

Pinard in un bacino di puerpera trovò un aumento di 14 mm. con una divaricazione di 6 cm. L' articolazione sacro-iliaca era beante in avanti, i legamenti dell'articolazione intatti, solo un po' scollato il periostio in vicinanza dell'articolazione. Egli ammette quindi che con una sufficiente divaricazione, che ad ogni modo non deve mai sorpassare i 7 cm., si possa ottenere un considerevole aumento nel diametro ant. post. senza notevole disordine nelle sinfisi sacro-iliache.

Riferisco ora i risultati di due esperimenti su cadaveri di puerpere fatti nella Clinica ostetrica di Parma sotto la direzione del professor Calderini.

Si trattava nel 1.° caso di un bacino normale di donna morta per eclampsia subito dopo il parto. Esso offriva le seguenti misure: CV. 10,5, DOS. 12, DOD.° 12, DT. 13, D. bisischiat. 10,03. Inciso il legamento fibrocartilagineo fra i pubi e il legamento triangolare, essendo la donna sul margine del tavolo colle cosce modicamente flesse. Si ottiene uno spontaneo allontanamento dei pubi per 3 cm. I diametri vengono così modificati. Dal promontorio ai pubi 11 cm., DL. 14, DOD.° 12 1|2, DOS. 13, D. bisisch. 12. Il che dimostra il considerevole aumento dei diametri trasversi ed obliqui, tanto dello stretto superiore quanto dello stretto inferiore, ciò che è generalmente noto. Divaricando dolcemente le cosce si porta l'allontanamento dei pubi a 5 cm., ma a questo punto si ode uno schianto, i legamenti ant. della sinfisi sacro-iliaca destra appaiono lacerati e questa aperta.

Il 2.° bacino appartiene a una donna che i medici non erano riusciti a liberare a domicilio nè col forcipe nè col rivolgimento. Fu inviata in Clinica e morì nel tragitto. Fu constatata rottura d' utero. Si trat-

tava di pelvi totalmente ristretto piatta: CV. 7 cm., DO. S.° 10 1|2, DOD.° 9 3|4, DT. 11,5.

Divisa la sinfisi, avviene una spontanea divaricazione dei pubi per 1 cm. Il pube S.° si porta maggiormente in fuori che non il D.°, questo trovasi allora a 72 mm. dal promontorio, quello S.° a 75 mm. Portando la divaricazione a 2 cm. il diametro promonto-pubico tanto di D. che di S. aumentano di 1 mm. e diventano rispettivamente di 73 e 76 mm. A 3 cm. di divaricazione, portando le cosce quasi ad angolo retto e sempre lentamente, i detti diametri diventano rispettivamente 75 e 79. A 5 cm., 79 e 81, ma le articolazioni si mostrano alquanto sconnesse. A 7 cm. di divaricazione il diametro sacro-pubico D.° diventa di 83 mm., quello di S. 85 mm., ma le articolazioni sacro-iliache sono largamente aperte in avanti, lacerati i legamenti ant. e la sinoviale per cui si può introdurre il dito indice entro la cavità articolare. Ora calcolando il guadagno di 1,5 cm. ottenuto fra il promontorio e il pube (il che corrisponde al calcolo di Morisani che per ogni cm. di divaricazione si abbiano circa 2 mm. di aumento nel diametro ant. post.), aggiungendo a questo 6 mm. per l'impegno di una bozza parietale (Morisani: *Annales de Gyn. et Obst.*, Avril 1892), fra i pubi divaricati si ottiene un aumento di 21 mm. che aggiunti ai 7 cm. di CV. avrebbero dato nel bacino in questione uno spazio utile sufficiente per il passaggio di una testa di feto a termine, specialmente se si tien conto della riducibilità della testa, ma a qual prezzo.

Ma questi esperimenti sono troppo esigui per avere valore, ed io non insisterei su di essi, contraddicendo l'opinione di distinti osservatori, se altri di me più competenti non avessero pure affermato che anche in bacini di puerpere ove i tessuti per l'imbibizione sierosa-gravidica si fanno più molli, più cedevoli, più distendibili e quindi meno facili ad essere lacerati, dove le cavità articolari si fanno più ampie e i movimenti godono di maggiore estensione, la rottura delle sinfisi sacro-iliache possa avvenire già a divaricazione di pochi centimetri. Mullerheim, nel lavoro citato dà conto di esperienze da esso eseguite all'Istituto di Anatomia Patologica di Reckinghausen, in 7 bacini puerperali. Da esse emerge che 5 di essi non sarebbero stati sufficienti per la sinfisiotomia, poichè le loro articolazioni con una divaricazione ancora minore di quella voluta da Morisani (6 cm.) si lacerarono, e più precisamente una volta sola si potè portare la divaricazione dei pubi

a 6 cm. senza che avvenisse rottura delle sinfisi sacro-iliache. In altri casi si osservò la apertura delle articolazioni sacro-iliache e la rottura dei legamenti ora a 5, 4, 2 1[2, 2 cm., ora in tutte e due le articolazioni posteriori, ora in una sola. Riguardo all'aumento dei diametri del bacino dopo la sinfisiotomia egli dà il seguente risultato:

	A 2 cm.	A 3 cm.	A 4 cm.	A 5 cm.	A 6 cm.
N	0. 0. 0 04	0. 25	0. 25. 0. 6	0. 5	1. 2
OJ	0. 5-1. 3	1. 75	1. 5. 7. 25	3. 5	4
OO	0. 5-1. 1	1	0. 5. 2. 00	2	3
Tre escl.			2. 7		

Aggiunge che non è possibile stabilire una legge generale riguardo a quanto i diametri trasversi obliqui e antero-posteriori aumentino, poichè l'aumento delle misure dipende da diverse circostanze, quali: *a*) la forma del bacino; *b*) dalla larghezza del sacro; nei bacini in cui il sacro è meno largo l'aumento è maggiore; *c*) dallo spessore delle tuberosità posteriori dell'osso iliaco; quanto più queste sono sparse e voluminose tanto più presto urtano contro la faccia posteriore del sacro e con ciò impediscono una maggiore divaricazione dei pubi e di conseguenza un ulteriore aumento del bacino. Conclude infine che ammesso prudente limitare la divaricazione fino a 3 o 5 cm. viene ottenuto un guadagno di 0,5 cm., che col menzionato abbassamento dei pubi viene portato a 1,5, cifra non indifferente. Se ora noi vogliamo raccogliere le sparse file del nostro racconto, se ne deduce come l'osservazione clinica e gli esperimenti sul cadavere hanno provato come dal lato meccanico il quesito sia risolto e come si possa colla sinfisiotomia, nella massima parte dei bacini non gravemente viziati (esclusi per ragioni ovvie i bacini con anchilosi delle articolazioni sacro-iliache), ottenere un ampliamento sufficiente al passaggio di un feto a termine, ma che però il pericolo di lacerazioni in corrispondenza delle sinfisi sacro-iliache, non è affatto chimerico, onde già di qui ne consegue l'opportunità di limitare maggiormente di quanto comunemente si ammette il permesso allontanamento dei pubi e con ciò naturalmente restringere i confini della sinfisiotomia.

***

Prima di discutere i risultati clinici della sinfisiotomia, premetto la relazione di due casi operati dal prof. Calderini con felice successo, una volta nella Clinica ostetrica di Parma, l'altra nella Clinica di Bologna.

I.

A. M., d'anni 36, di Soragna, VIpara, entrò nella Clinica ostetrica di Parma, addì 15 Febbraio 1894, credendosi pressochè a termine di gravidanza, per essere più convenientemente assistita durante il parto, avendo avuto parecchi parti operativi con esito di feti morti. Ecco in breve gli antecedenti: mestruata a 19 anni, le successive mestruazioni furono sempre regolari per periodo di ritorno e quantità e della durata di 6 giorni. Ebbe 5 gravidanze regolari portate felicemente a termine. Il primo parto fu spontaneo ma lungo e difficile, il feto nacque vivo ed è tutt'ora vivente, il secondo fu pure spontaneo ma si terminò coll'espulsione di un feto morto in travaglio, nel terzo e quarto furono estratti col forcipe bambini morti (a domicilio), il quinto parto lo ebbe in Clinica e fu operativo, essendo procidente il cordone regolarmente pulsante, la dilatazione completa, si eseguì il rivolgimento sul fianco, il disimpegno della testa fu lungo e laborioso e il feto soccombette durante l'estrazione della medesima. Ebbe le ultime mestruazioni alla fine del Maggio 1893, e la donna credeva di partorire alla fine di Febbraio. *Coll'esame esterno si trovò:* abito scheletrico leggermente rachitico (tibie arcuate in dentro, specialmente la sinistra, occipite appiattito, denti di Hutchinson, ecc.) condizioni generali buone, pigmentazione poco marcata, smagliature di antica data, mammelle poco sviluppate, areola bruna, capezzoli sporgenti, secrezioni di siero colostro; ventre globoso, linea mediana pigmentata, ombellico sollevato Cr. O. 96; utero ovale allungato in senso longitudinale, mobile, indolente, facilmente contraentesi, il suo fondo trovasi all'epigastrio, il diametro longitudinale misurava 34 cm., battito nel quadrante superiore destro, presentazione cefalica nella fossa iliaca destra, feto in situazione obliqua destra. Coll'esame interno si riscontrò i genitali esterni di pluripara, vagina ampia, liscia, collo corto, rammollito, canal cervicale interamente permeabile.

L'esame del bacino diede i seguenti risultati: Sp. Sp. 28 cm., Cr. Cr. 30 cm., Btr. 30 1|2 cm., D. o D. 23 cm., D. o S. 22 1|2 cm., C. E. 16 1|2 cm., C. D. 9,5 cm., CV. presenta 8 cm.

Sacro pianeggiante, sporgenti le linee di saldatura fra le vertebre sacrali, esiste un falso promontorio.

In base a questi dati si fece diagnosi di gravidanza uterina semplice giunta alla metà del 9.° mese, in donna avente bacino piatto rachitico. Il decorso dei parti antecedenti, l'epoca inoltrata della gravidanza che non permetteva di sperare un felice passaggio del feto colla provocazione del parto prematuro, il grado modico di stenosi, che secondo le opinioni professate dalla generalità degli ostetrici controindicava un taglio cesareo anche con metodo conservatore, desiderando la donna avere un bambino vivo, si decise a termine di gravidanza, dichiaratosi il travaglio del parto, sperimentare la sinfisiotomia, stabilendo fin d'allora di procedere dopo di essa se la situazione non si fosse corretta, al rivolgimento, ed estrazione del feto.

Alle ore 11 pomer. del 19 Marzo insorsero i primi dolori deboli e rari da principio, si fecero più forti verso le ore 3 antim. del giorno successivo. Esplorata allora si trovò: collo scomparso, orli spessi, dilatazione di 3 cm., sacco integro, ingresso del bacino vuoto. Le condizioni continuarono regolari fino alle 8 antim.; dopo un po' di sosta ripresero più forti dopo mezzogiorno. Alle 4 pomer. si trovò dilatazione completa, orli sottili, sacco allungato in vagina, feto sempre in situazione obliqua destra, il battito regolare sulla linea mediana; parve di sentire il mento a sinistra, per cui si giudicò trattarsi di posizione sinistra. Come era già stabilito in antecedenza, si passò allora ad eseguire la sinfisiotomia, tutto essendo già pronto, come per una laparatomia (strumenti bolliti in soluzione di carbonato di soda, oggetti di medicazione e battuffoli sterilizzati nella stufa per mezz'ora a 150, bollitura dell'acqua, ecc., ecc.).

Narcosi cloroformica con apparecchio Esmarch e cloroformio Merck, tricotomia, disinfezione dei genitali esterni e della vagina e del campo operatorio. Diviso il letto da parto la donna si trovò in posizione ostetrica e furono affidate le gambe a due allieve perchè tenessero le coscie semiflesse, moderatamente divaricate e le gambe verticali, due altre allieve tenevano le mani. L'operatore (prof. Calderini) a destra, l'aiuto a sinistra, l'assistente agli strumenti. Si cominciò l'operazione con una incisione da 2 dita sul pube, fin giù nel solco fra il grande e il piccolo labbro di sinistra, le parti molli si divaricarono notevolmente; si dovette legare una quantità di rami arteriosi e venosi, nella parte bassa dell'incisione, malgrado si sia cercato deviando la ferita a sinistra, di rispettare i corpi cavernosi del clitoride, venne aperta una ampia vena, situata proprio al davanti del legamento sotto-pubico e della parte inferiore della sinfisi, dopo incisa la vena rimase beante e da essa una discreta quantità di sangue pullulava di sotto in su, l'emorragia cessò solo dopo tre punti di cucitura. La convenienza di non aprire nuovamente questo vaso, ed altre vene varicose che si vedevano nella parte bassa dell'incisione, obbligò di non prolungare ulteriormente in basso l'incisione. S'introduce un catetere metallico in vescica col quale l'aiuto

spinge l'uretra verso destra e si incomincia l'incisione della sinfisi, in alto con bistorì panciuto, tagliando dall'avanti all'indietro e dall'alto in basso. Ma o per difetto di divaricazione delle parti molli, o per obliquità dell'incisione, questi primi tagli caddero troppo a sinistra, per cui la direzione dell'incisione dovette obliquarsi da sinistra verso destra. Inciso poi per due cm. e mezzo circa lo spazio fra i muscoli retti finchè si vide uscire, spinto dalla pressione addominale, un battufolo di grasso, fu introdotto l'indice della mano sinistra nell'apertura praticata e staccando con movimenti di lateralità e con pressione il tessuto prevescicale si arrivò a portare il dito fin dietro il legamento sottopubico. La sporgenza che la sinfisi pubica forma posteriormente seguì di guida per riprendere la incisione un po' più a destra, per modo che si potè più facilmente penetrare dall'avanti all'indietro e dall'alto al basso nella sinfisi e dividerla fin contro il dito, non tanto facilmente per la strettezza della sinfisi e il suo decorso alquanto tortuoso. I tentativi fatti con bistorì bottonuto, e a bottone piuttosto voluminoso, per farlo discendere a piatto al davanti del legamento sottopubico coll'intenzione poi, girando il tagliente indietro, di tagliare il legamento di sotto in su, non sono riusciti. Allora sempre tenendo il dito dietro la sinfisi, introdotto il bistorì al di dietro di essa con piccoli movimenti di va e vieni si riuscì a reciderlo completamente. Solo allora si notò una divaricazione dei pubi di forse un centimetro e contemporaneamente si manifestò una discreta emorragia venosa che si cercò di frenare, tamponando con garza lo spazio tra i pubi. L'operatore passa al rivolgimento e nel supposto che il dorso fosse a destra introdusse la mano destra, ma rotte le membrane avendo constatato la posizione essere sinistra dovette portare la mano in forte supinazione e non senza difficoltà per la sporgenza del promontorio, spintala in su riuscì ad afferrare il ginocchio destro od anteriore e colle solite manovre venne eseguita l'evoluzione. Riuscì difficile l'impegno delle natiche, la donna non avendo contrazioni e il feto essendo voluminoso, per quanto si tirasse sul ginocchio e si premesse sull'utero. Finalmente. sotto una contrazione il feto si abbassò e si riuscì a tirar fuori il piede ed allora comparvero le natiche e cominciò ad uscire meconio. Quando si potè uncinare l'inguine posteriore fu estratto il tronco sempre facendo premere sul fondo dell'utero e facendo sostenere il bacino con una pressione moderata sui trocanteri; uscì prima il braccio anteriore o destro e il posteriore si dovette liberare colla mano sinistra e appena uscito il braccio posteriore, la testa con sorprendente facilità superò lo stretto superiore e scese nello scavo. I pubi, essendo state portate anche le coscie in leggera abduzione, si allontanarono per non più di 4 cm. L'estrazione della testa, continuando l'emorragia venosa, fu affrettata alquanto, senza però trovare resistenze ai genitali esterni, uncinando il mento colla mano sinistra, inforcando le spalle colla mano

destra (Mauriceau-Veit). Appena uscito il feto cacciate due dita della mano sinistra in vagina e messo il pollice sulla garza fra i pubi si ottiene una completa emostasia. Si credette conveniente combinare questa pressione per tutta la durata del secondamento che durò 15 minuti e si effettuò in modo completo mediante frizioni e spremitura. Indi praticata una irrigazione endouterina con soluzione di sublimato 1 per 4000, lavato pure il campo operatorio con soluzione di sublimato 1 per 2000, asciugato lo spazio retropubico con garza, si procedette alla cucitura con catgut del tessuto fibroso prepubico e dei tessuti molli profondi, poi con seta della cute. Sollevata la donna si applicò una medicazione coperta di guttaperca e si fece una fasciatura a spica avendo avuto cura di applicare prima un foglio di guttaperca per proteggere, rovesciandolo all'indietro, la medicazione dalle deiezioni. Indi furono dati 2 giri colla benda di Esmarch attorno al bacino e portata la donna al letto. L'operazione durò tutto compreso un'ora e 15 minuti. Il feto nacque leggermente asfittico ma fu subito rianimato e vive tutt'ora. Era di sesso femminile, pesava 4200 ed era lungo 54 cm. I diametri della testa erano OM. 13 cm., OFr. 12, S.o. br. 10, Bp.le 9 1[4, bim.re 7 1[2, biz.o 7. Il puerperio decorse abbastanza regolare per ciò che concerne la lochiazione, l'involuzione uterina. Essendo scarsissima la portata lattea non potè intraprendere l'allattamento e dovette dare il suo bambino a nutrice. La temperatura subì lievi innalzamenti nei primi 4 giorni non sorpassando i 38. 3, in relazione probabilmente con un edema infiammatorio del gran labbro di S. il quale si fece tumefatto, rosso, dolente. Detta tumefazione andò però gradatamente e spontaneamente scomparendo dopo la prima settimana e in 15.a giornata era del tutto scomparsa, rimanendo la pelle del gran labbro inspessita e dura. Dopo il terzo giorno, forse per un leggero avvelenamento di sublimato, si notò una diarrea ostinata per 3 giorni, che fu vinta somministrando laudano e cartine di bismuto ed oppio.

Per essa la medicazione venne imbrattata e la si dovette rinnovare in 6.a giornata (26 Marzo). Allora fu trovata la ferita di bell'aspetto. Alla fasciatura a spica fu sostituita una fascia di flanella e al di sopra ancora due giri di benda di Esmarch. L'ammalata fu sempre tenuta immobile per tutto il tempo che tenne il letto, colle ginocchia legate con asciugamani e per fare la pulizia dei genitali esterni, le medicazioni, ecc., veniva sollevato il tronco mediante una fascia che stava sotto la schiena permanentemente, mentre altre persone sollevavano contemporaneamente il bacino e le ginocchia. Un altro inconveniente abbastanza grave fu l'impossibilità dell'ammalata ad urinare da sè per un tempo abbastanza lungo dopo l'operazione e fino al 13 Aprile, quindi per 22 giorni si dovette praticare il cateterismo vescicale per 3, 4 volte al giorno. Normali tutte le altre funzioni. Non rimase però inconveniente di sorta ed ora l'ammalata urina bene e regolarmente e l'urina

è limpida. Il giorno 28 Marzo si levano i punti. Il tratto inferiore della ferita corrispondente al gran labbro di S.ª è completamente adeso, il tratto superiore corrispondente alla sinfisi appena levati i punti si divarica dando esito a liquido brunastro. Il fondo però della ferita non comunica colla cavità della sinfisi. Va notato che il tessuto adiposo al davanti del pube era molto abbondante e nei primi giorni scolava dalla parte superiore della ferita e si faceva strada all'esterno passando al disotto della medicazione un liquido tenue, chiaro, filante (sinovie). La fusione del grasso, il passaggio di questo liquido proveniente dalla cavità della sinfisi, hanno forse ostacolato il coalito delle labbra della ferita. Zaffata la ferita con garza all'jodoformio si medica come al solito. Ogni due giorni si medica regolarmente l'ammalata e vedendo come la piaga, malgrado fosse ricoperta di buone granulazioni, abbia poca tendenza a restringersi, il giorno 8 Aprile si raschia il fondo della piaga e si fa una sutura della cute in secondo tempo con 4 punti di seta. Medicazione solita. Il giorno 15 si tolgono i punti. La ferita è adesa completamente. Si mette una striscia di cerotto, si applica una fasciatura solita abolendo i giri di benda elastica. D'allora le cose procedono regolarmente, la adesione della cute va consolidandosi, l'ammalata afferma sentirsi perfettamente bene. Il giorno 23 si alza per la prima volta. Il giorno 24 prova a fare qualche passo, cammina con fatica perchè debole ma senza barcollare, però introducendo un dito dietro la sinfisi pubica, mentre cammina si sentono i pubi che si muovono in modo sensibile uno sull'altro.

Coll'esame rettale (la donna essendo a letto) si raggiungono facilmente le sinfisi sacro-iliache e si arriva col dito fino al disopra della linea dello stretto superiore. Non si nota in corrispondenza di esse nessuna tumefazione nè dolenza speciale, sollevando ed abbassando le coscie si avverte una oscura mobilità che non esce dai limiti fisiologici. L'utero è ben involuto, mobile, parametri liberi. In queste condizioni esce il giorno 5 Maggio 1894.

II.

Galeassi Ernesta, in Pellagalli, d'anni 21, di professione contadina, entra in Clinica ostetrica di Bologna il giorno 9 Maggio 1896 e assume il N. 149.

Anamnesi: Padre e madre vivi. La madre è sempre malaticcia e sofferente per catarro gastrico. Ha tre sorelle ed un fratello viventi e sani, due fratelli morirono in età bambina. All'età di 6 mesi soffrì di febbre in seguito alle quali l'arto inferiore S.º rimase come paralitico. In seguito di quest'arto non se ne potè mai servire bene, fu sempre notevolmente più debole e più piccolo dell'altro. Cominciò a cammi-

nare solamente all' età di 3 anni. Mestruata a 12 anni per la prima volta. Alla prima mestruazione seguì un' amenorrea di un anno, indi le mestruazioni ritornarono regolari per epoca di comparsa, indolori e della durata di 5, 7 giorni. Ebbe una sola gravidanza, decorsa regolarmente, Si sa che al principio del nono mese fu provocato il parto prematuro (3 anni fa). Il parto fu espletato con applicazione di forcipe lunga e laboriosa. Il feto venne estratto gravemente asfittico e non fu rianimato. Il puerperio fu leggermente febbrile.

Ultime mestruazioni 8 Agosto. Epoca probabile del parto 14 Maggio. I primi moti attivi furono dalla donna avvertiti nella seconda quindicina di Dicembre. Durante l'attuale gravidanza stette sempre bene.

Esame obbiettivo: Statura piccola. Abito scheletrico senza tracce di rachitismo. Costituzione discreta, nutrizione idem. Condizioni generali buone. Urine normali. Nessuna condizione morbosa nei principali visceri. L' arto inferiore sinistro si presenta notevolmente atrofico in tutta la sua estensione, ed accorciato alquanto. La forza muscolare di esso sensibilmente minore che non dal lato sano. Il piede destro trovasi in posizione di estensione e quando la donna è coricata poggia sul piano del letto col suo margine interno.

Mammelle ben sviluppate, cascanti, areola bruna, estesa, capezzolo sporgente, secrezione di siero colostro. Utero di forma ovoidale; obliquo a destra, il suo fondo arriva all' epigastrio, mobile, elastico, facilmente si contrae alla palpazione.

Battito cardiaco ben distinto nel quadrante inferiore destro. Piccole parti nel quadrante superiore sinistro. Presentazione cefalica alta, mobile. Attraverso alle pareti addominali si avverte che la bozza cefalica sporge alquanto dal margine superiore della sinfisi pubica, e colla manovra di Müller non si riesce a spingerla nello scavo.

Coll' esame interno si trova: vagina ampia liscia, collo grosso a campana, completamente rammollato e con profonda incisura a sinistra, orificio esterno facilmente permeabile, parte presentata, vertice alto, mobile. Con facilità si raggiunge il promontorio.

Le misure del bacino diedero i seguenti risultati: Sp. 24, Cr. 27, Btr. 29, CE. 16,5, CD. 10, CV. presunta 8,5, Obl. est. D. 21, Obl. est. S. 21. Dalla SI. PS. D. all' eminenza ileo-pettineo S. 18,5; dalla SI. PS. S. all'eminenza ileo-pettinea D. 17,5.

Con tutto ciò fu stabilita la diagnosi di: gravidanza uterina semplice nella seconda quindicina del nono mese in donna avante bacino totalmente irregolare ristretto con restringimento leggermente asimmetrico.

Alle ore 1 ant. del giorno 10 Maggio insorsero i primi dolori. Si fecero più forti e regolari verso le 5 ant. dello stesso giorno. Esplorata allora si trovò collo scomparso, orli spessi, dilatazione di 4 cm. Dopo poco si rompono spontaneamente le membrane e scola liquido amnio-

tico normale in discreta copia. Dopo la rottura delle membrane le contrazioni si fanno sempre più forti e frequenti. La testa si fissa ma non si impegna. È dura, ossificata, e solo una piccola porzione della volta trovasi al disotto della linea di incoronamento. La posizione è SA.

Alle 10 ant. si ha dilatazione quasi completa, orli cedevoli e sottili. La testa è sempre al medesimo posto, il battito alquanto soffiante e frequente (150) nel quadrante inferiore sinistro. Considerato la non grave stenosi pelvica, che a rigore permetterebbe un parto spontaneo, la posizione favorevole della testa (col diametro ant. post. secondo l'obliquo più lungo), ma d'altra parte avuto riguardo all'andamento del parto antecedente finito con applicazione di forcipe laboriosa ed estrazione di feto asfittico non rianimato, la poca tendenza della testa a scendere malgrado contrazioni valide, il desiderio della donna e del marito di avere un bambino vivo, si decide di aspettare, per intervenire col forcipe se la testa sarà scesa nello scavo, o colla sinfisiotomia, una volta convinti coll'attesa il parto non potersi effettuare spontaneamente. Dopo le 10 ant. le contrazioni si fanno sempre più frequenti e forti (della durata di 1 minuto e con intervallo di 5 minuti fra una contrazione e l'altra) e assumono carattere espulsivo. Malgrado ciò alle 12.30 le condizioni rispetto alla parte presentata sono le medesime, il battito è regolare, la donna stessa reclama di essere liberata. Si decide senz'altro intervenire colla sinfisiotomia.

Tricotomia, disinfezione dei genitali esterni, del ventre e della vagina. Narcosi. Messa la donna sul margine del letto colle cosce semiflesse e leggermente divaricate, l'operatore si pone fra di esse al davanti della donna. Incisione da due dita sul pube a poco sotto il clitoride deviando a sinistra in basso. Discreto sanguinamento frenato con pinze Péan. Approfondita l'incisione al disopra del pube e divaricati i retti appare il peritoneo. A stenti si introduce un dito dietro il pube, e vi si riesce bene solamente cercando di sollevare la testa con due dita in vagina, poi meglio sollevando la testa dall'esterno. Si taglia la sinfisi con un piccolo bistorì dall'avanti all'indietro e dall'alto al basso, poi dall'indietro all'avanti e dal basso all'alto con un bistorì bottonuto, risparmiando il legamento arcuato. Allora un assistente esplora per vedere se la testa scende, ma in quel mentre, le persone incaricate di sostenere le gambe flettono troppo le cosce e succede in questo momento la rottura del legamento arcuato avvertito da uno schianto. Contemporaneamente si nota un po' di emorragia tosto frenata col tamponamento, e si constata che i pubi sonsi allontanati di un traverso di dita. Tenuta tamponata la ferita, essendo il battito regolare si attende che insorgano contrazioni, le quali ben presto ritornano valide e con carattere espulsivo e riescono a cacciare la testa nello scavo divaricando sempre più i pubi (4 cm. circa). Dopo poco la testa compare ai genitali, e per evitare lacerazioni della parete anteriore della va-

gina si divide il perineo con due incisioni (episiotomia). Dopo mezz'ora circa dalla praticata sinfisiotomia avviene l'espulsione di un feto vivo che vagì subito. Dopo pochi minuti secondamento artificiale. Sutura delle incisioni perineali con punti in seta, indi della ferita sinfisiotomica. Si nota allora che i pubi, avvicinate le cosce, non si avvicinano bene neanche con pressioni sulle ali iliache, si riesce allo scopo solamente applicando una fascia elastica che gira attorno alle ali iliache stesse. Sutura a 2 strati, in catgut dei tessuti fibrosi prepubici, in seta della cute. Lavatura, medicazione. Medicata la parte inferiore si applica al disopra una fasciatura elastica, a livello dei trocanteri e che passi sopra il pube, levata allora la fascia elastica precedentemente applicata sulle ali iliache.

Il decorso fu abbastanza regolare. Temp. alquanto elevata nel 3.°, 4.° e 5.° giorno in cui raggiunse rispettivamente 37. 8, 37. 9, 38, in relazione con eruzione bollosa comparsa ai genitali.

In 3.ª giornata accusa intorpidimento e dolori all'arto sinistro per cui si rallenta la fasciatura elastica. In 5.ª giornata applicata una fascia sulle ali iliache e una sulle cosce, si rinnova la medicazione. Ferita di bell'aspetto. Fasciatura elastica come prima. In 8.ª giornata si tolgono i punti. Adesione completa per *primam*. Alla fascia elastica se ne sostituisce una di forte tela con fibbie che è meglio tollerata. Per i primi giorni si lasciò il catetere in permanenza. Urine normali. In 4.ª giornata, levato il catetere, l'ammalata perde l'urina a gocce per poche ore poi urina spontaneamente a brevi intervalli, 1.ª evacuazione in 3.ª giornata mediante clistere. Ogni volta che l'ammalata ha bisogno vien sollevata con una fascia passata sotto la schiena che serve pure a tener avvicinate le ali iliache. Evoluzione lattea normale. Allatta il suo bambino che cresce prosperoso.

26 Maggio, 16.ª giornata: si è alzata, ha provato a stare in piedi e ci è riuscita senza sforzi.

27 Maggio: continua ad alzarsi, le si fa fare qualche passo; tenendo il dito indice in vagina o il pollice sul pube si sente che i pubi si muovono alquanto uno sull'altro, con movimento di innalzamento e di abbassamento.

28 Maggio: oggi ha camminato parecchio. Accusa dolori al grande trocantero destro.

30 Maggio: continua bene. Il dolore all'arto D.° è scomparso. Cammina sempre più franca e spedita.

Esce il 4 Giugno. All'esame di uscita si trova: utero ben involuto, piccolo, antiverso, mobile, parametrii liberi. Cicatrice regolare. Le ossa del pube posteriormente sono in mutuo contatto, anteriormente alquanto divaricate e annettono la punta dell' indice. Estendendo e flettendo le cosce non si avverte nessun movimento alla sinfisi pubica, un oscuro e limitato movimento si avverte alle sinfisi sacro-iliache coll'esame rettale.

Il feto appena estratto pesava 2900 gr. Era lungo 49 cm. Diametri, OM. 13, OF. 12, SOB. 10,5, Bp. 9,5, Bim. 8, Biz. 7,5. Al momento dell' uscita pesa 3400.

Visitata la donna al 9 Gennaio 97: cicatrice regolare, solida. Nessuna divaricazione dei pubi. Persiste nel camminare, leggero spostamento dei pubi. La donna dice di stare perfettamente bene e di attendere come prima alle sue occupazioni.

***

La relativamente scarsa mortalità dei feti, ove naturalmente non si tenga conto delle sinfisiotomie eseguite con indicazione discutibile, quando il feto era già morto o la sua vita compromessa per la lunga durata del travaglio, o per precedenti tentativi di operazione, quando ancora si detraggono i morti non imputabili all'operazione come quelli in cui per la rilevante stenosi pelvica, si preferì al taglio cesareo la sinfisiotomia associata alla craniotomia (Carbonelli-Beugnier), e quei bambini che vengono a soccombere nei primi giorni di vita per malattie accidentali, fa della sinfisiotomia un'operazione favorevole per il feto, tanto più che quando la sinfisiotomia sia eseguita a termine, vale a dire quando non venga associata al p.° p.° p.° come è stato proposto da Jacolucci e da altri, e con indicazioni ben nette, si danno con essa alla luce bambini robusti e ben sviluppati destinati a sopravvivere.

Morisani sopra 241 casi di sinfisiotomie operate dal 1887 al 31 Marzo 93, detraendo i feti morti per cause non imputabili alla sinfisiotomia, trovò una mortalità fetale del 12 0[0. (Relazione al XII Congresso Internazionale). Spaeth su 234 casi da esso raccolti, una mortalità brutta di 19. 6 0[0 (Spaeth: *Monatschrift für Geburstbülfe und Gyn.*, Agosto 1895). Pinard su 83 casi da lui operati ebbe 12 feti morti, compresi i morti nei primi giorni di vita; io su 223 casi raccolti dal 93 in poi 36 feti morti, ossia una mortalità di 15. 7 0[0, che depurati coi criteri isopra enunciati si riduce a 10. 2 0[0.

Una tale mortalità fetale, se è maggiore di quella che si ha col taglio cesareo, è al certo inferiore a quella che dà il p.° p.° p.°, il rivolgimento, il forcipe, col quale facilmente si producono impronte sulle ossa, fratture del cranio, emorragie meningee. L'esame del casi di morte dei bambini poi, dimostra come su di essa non abbia avuto un'apprezzabile influenza la forma e il grado di stenosi del bacino. Il che conferma ancora una volta, quanto l' esperimento sul cadavere avea già

dimostrato, che, dopo la sinfisiotomia, nei bacini non gravemente viziati (al disopra di 67 mm.), il bacino si allarga di tanto da permettere il passaggio di un feto vivo a termine. L'aumento dei diametri è, come fu già stato detto, proporzionale alla divaricazione dei pubi, divaricazione che è più o meno notevole a seconda dei casi e che l'abduzione delle coscie, la testa stessa del feto nel discendere è capace di produrre facilmente da sè nel grado necessario, come io stesso ho avuto occasione di verificare nei due casi che ho avuto l'opportunità di assistere. Non parmi quindi indispensabile, come consiglia Pinard, che usa a questo scopo uno speciale strumento divaricatore registratore, di ottenere artificialmente l'allontanamento dei pubi, appena incisa la sinfisi. Che poi una divaricazione dei pubi per il facile passaggio del feto sia necessaria e che la sinfisiotomia quindi per essere efficace debba essere completa, contrariamente a quanto affermava Léopold, che cioè sia inutile il taglio del legamento sottopubico e neanche in tutti i casi di tutta l'altezza della sinfisi (Léopold: « Zwei Symphyseotomie, etc., » *Centralblatt für Gyn.*, 1892, N. 3), lo provano i casi di Velits, Zweifell, Toerngren, Krassowski, Kaschkaroff, Chroback, Ekstein, Madarawikz, Fritch, Rein, Bensinger C. Frömmel, *Jahresbericht für Geb. en Gyn.*, vol. 1893-1894) i quali avendo seguito il consiglio di Léopold, sia tagliando la sinfisi solo per 1[2 o per 2[3, sia rispettando il legamento arcuato, o questo si ruppe spontaneamente durante il passaggio della testa, o dovette essere completato il taglio della sinfisi più tardi.

Gli esperimenti di Mullerheim inoltre hanno provato che poco o nessun vantaggio si ottiene incidendo solo parte della sinfisi o rispettando il legamento arcuato. Del resto Léopold stesso al Congresso internazionale di Roma si è ricreduto della primitiva sua opinione.

Rispetto alla mortalità fetale è da tenere conto piuttosto del modo con cui i feti vengono alla luce, se col forcipe, come nel massimo numero delle volte, se con parto spontaneo o coll'estrazione podalica, sia che il feto si trovasse primitivamente in presentazione di podice, sia questa consecutiva a versione. Spaeth, portato dall' affermazione di Schauta che « nè prima nè dopo la sinfisiotomia non si deve eseguire il rivolgimento, poichè nell'estrazione le parti molli e in conseguenza il bacino corrono maggior pericolo che non se si applica il forcipe » (*Centr. für Gyn.*, 1893, N. 50) fece delle ricerche dalle quali risultò che mentre nei parti espletatisi, dopo la sinfisiotomia, per il V. si ebbe una

mortalità materna dell' 11 0[0 e fetale del 21 0[0, nei parti in cui il feto si presentava per il podice si ebbe l' 8 0[0 di mortalità materna e fetale; quando fu eseguito il rivolgimento sia da presentazione di V. sia da presentazione di spalla il 9.5 0[0 di mortalità, tanto per i feti quanto per le madri. Onde egli conclude favorevolmente alla esecuzione del rivolgimento dopo la sinfisiotomia (Spaeth: « Ueber die Resultat der Wendung bei Symphyseotomie, » *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, August 1895). Su 19 casi in cui il feto fu estratto per il podice (una sola volta si trovava in presentazione podalica già prima della sinfisiotomia), compreso quello operato nella Clinica di Parma dal professor Calderini, da me raccolti, si ebbero 13 feti nati vivi e vissuti, 2 nati vivi e morti nei primi giorni, 4 nati morti o gravemente asfittici e non rianimati. Però se si considera che in 2 casi di Queirel il feto che si trovava in presentazione di spalla era già morto prima di addivenire alla sinfisiotomia (*Annales de Gynécologie*, 1892 e Février 1893) e quindi non è a tenersene conto, che in un caso di Schwartz pure il feto era già grandemente compromesso trovandosi in presentazione di spalla e utero tetanicamente contratto, ed essendo stati eseguiti replicati tentativi di rivolgimento prima della sinfisiotomia (Schwartz: *Cent. für Gyn.*, 1893, N. 5), che in un caso di Barton Cooke, si trattava di un bacino gravissimamente viziato (N. 55, Frömmel: *Jahresbericht*, 1896) e nel quale come nei casi precedenti la sinfisiotomia non era indicata, se si considera infine che in un caso di Budin (Varnier: *Annales de Gyn.*, Avril 1893) il feto nato vivo morì dopo parecchi giorni, indipendentemente dall'operazione subìta, per sifilide, abbiamo che su 15 casi un solo bambino morì in conseguenza dell'operazione subìta (mortalità 6.6 0[0). Il che concorda coi risultati ottenuti da Pinard il quale in base alla sua esperienza afferma che nei casi in cui, dopo l'ingrandimento del bacino, la testa rimane elevata, la versione si è mostrata, senza alcun dubbio, superiore all' applicazione del forcipe (Pinard: *Annales d'Obst. et Gyn.*, Gennaio 1896).

***

Se ora noi ci facciamo a considerare i risultati della sinfisiotomia rispetto alla madre, vediamo che qualche volta come l'esperimento sul cadavere già avea rivelato, l'allontanamento dei pubi non fu senza influenza sopra le sinfisi sacro-iliache. Che se nelle storie di sinfisiotomia

pubblicate i casi in cui tale accidente è notato essersi verificato sono pochi, possiamo a ragione supporre che molte volte guasti avvenuti nelle sinfisi sacro-iliache siano passati inosservati, e che, col puerperio, favorito dalla forzata immobilità durante la degenza a letto, un benefico processo riparatore abbia ripristinato le cose allo stato primiero, senza che quindi la donna per l'avvenuta alterazione nelle sinfisi avesse a subirne in seguito conseguenze. Che se qualche volta tale increscioso inconveniente è da attribuirsi a colpa di chi assisteva, come in un caso di Fritsch in cui l'assistente dopo che era stata eseguita la sinfisiotomia nel tirare la donna sul margine del letto lasciò cadere la gamba (Fritsch: *Centr. für Gyn.*, 1894, N. 19), altre volte come nei casi di Kufferath (*Bulletin de la Société Belge d'Obst. et Gyn.*, 1893) e di Koffer (*Centralblatt für Gyn.*, 1893, N. 50) la avvenuta rottura della sinfisi a parer mio va attribuita alla rilevante divaricazione dei pubi richiesta dalla discreta stenosi pelvica (rispettivamente 70 e 65 mm. di CV.). È da tener nota ancora che nel caso di Kufferath la donna per lungo tempo camminò colle grucce. Le conseguenze poi di una tale rottura, secondo osservazioni di altri, di una o due sinfisi, diventano gravi se contemporaneamente si associa un'infezione, poichè allora una tal sinfisi costituisce un *locus minoris resistentiae* in cui facilmente si localizza l'infezione. Qualche volta all'autopsia di donne morte per infezione in seguito a sinfisiotomia si trovarono le articolazioni sacro-iliache aperte e ripiene di pus (R. Braun, citato da Frömmel: *Jahresbericht*, 1894).

Ad ogni modo il pericolo di rottura in corrispondenza delle sinfisi sacro-iliache esiste, e se Morisani e Pinard osservano potersi portare l'allontanamento dei pubi fino a 7 cm. senza pericolo, a me pare più prudente il consiglio di Krassowski, Müllerheim ed altri che lo vorrebbero limitato a 5 cm.

Oltre all'accennato pericolo di rottura delle sinfisi sacro-iliache, una quantità di inconvenienti, di accidenti, di pericoli immediati per la vita dell'operata e per l'ulteriore suo stato di salute furono rimproverati alla sinfisiotomia. E per non tener conto della gangrena dei genitali, della carie delle ossa del pube, delle fistole vescico-vaginali, ecc., che qualche volta, sebbene molto più raramente che per lo passato, si sono osservati nei tempi recenti e che con Morisani ne possiamo attribuire la colpa più che all'arte, all'artefice, occupiamoci solo

delle conseguenze più gravi e più soventi verificatisi. L'emorragia e l'infezione, ecco i due spettri che accompagnano questo atto operativo, diceva Léopold al Congresso dei ginecologi tedeschi tenutosi a Breslavia nel Maggio 1893. E a lui facevano coro gli altri ostetrici tedeschi presenti, i quali, a vero dire, a proposito della sinfisiotomia; si mantennero sempre in un prudente riserbo. Così Chroback lamentava anch'esso l'emorragia per lesione delle parti molli e le infezioni; il Frömmel presentava un caso in cui la sinfisi non si consolidò e la donna ebbe un'infezione che la costrinse a letto per 3 mesi; lo Schauta, il Saenger, l'Olshausen, affermavano di preferire il taglio cesareo, e Winckel voleva si limitassero maggiormente le inclinazioni. Zweifell stesso che si dimostrava convinto della nuova fede, riferiva che delle 14 donne da esso operate, sebbene tutte fossero guarite, tre sole ebbero puerperio normale, in cinque l'infezione fu grave (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Luglio 1893).

La mortalità delle operate di sinfisiotomia dovuta ad infezione è difatti ragguardevole. Sui 223 casi da me raccolti la mortalità materna è rappresentata da 29 donne (13 0[0]). Di queste 18 morirono per infezione, 11 per altre cause, il che dà una mortalità per infezione dell'8.5 0[0]. Su 83 sinfisiotomie praticate nella Clinica di Pinard dal 1892 a tutto il 1896, si ebbero 9 decessi (mortalità 11.2 0[0]), di cui 5 dovuti ad infezione (mortalità 6.2 0[0]) (Pinard: *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1895-96-97). Ora è anche lecito ammettere che qualche volta la infezione era già in atto prima che si intraprendesse l'atto operativo, che qualche altra volta l'infezione si è fatta per tutt'altra strada che non la ferita sinfisiotomica, ma è anche certo che una mortalità dell'8.5 0[0] o anche solo del 6.2 0[0] per infezione puerperale, a parità di condizioni per qualunque modo di intervento ostetrico che non sia forse il taglio cesareo, in qualunque Istituto di Maternità ben diretto non si verifica. È anche vero che le statistiche danno soventi risultati non del tutto attendibili, perchè è difficile il poter raccogliere tutti i casi operati in un dato spazio di tempo poichè molti non vengono pubblicati, e il considerare solamente statistiche parziali di singoli operatori, se ciò da una parte dà elementi fra di loro più confrontabili, d'altra parte ne possono risultare deduzioni eccezionalmente favorevoli, o per singolare perizia di chi opera, o per peculiari circostanze, ma che non rappresentano al certo lo stato vero della questione

alla cui soluzione tutti debbono portare il loro contributo. Infine spesso capita che considerando le statistiche con criterii speciali si arriva a conclusioni inaspettate. Così Morisani, al penultimo Congresso internazionale tenutosi a Roma, presentando una statistica generale di 141 casi dal 1887 alla fine del 1893 con una mortalità materna dell' 11. 6 0[0 aggiunge: « questa cifra però di mortalità deve essere depurata. Infatti » non si può attribuire alla sinfisiotomia la morte delle donne che » soccomberono a malattie indipendenti dalla operazione o a fatti in- » fettivi esistenti prima o *contratti durante l'operazione*. Visto che noi » intendiamo occuparci della sinfisiotomia asettica » e così ragionando e depurando riduce il numero dei morti a soli due (*Archivio di Ostetricia e Ginec.*, Aprile 1894). Mi perdoni l' illustre professore, ma se io contrappongo alla sua statistica di sinfisiotomia, una statistica di tagli cesarei depurata coi criterii suaccennati, essa ci ha tutto da guadagnare nel confronto.

La ragione di questa più facile infezione durante la sinfisiotomia va ricercata, a parer mio, nelle facili lesioni dei genitali, della vagina, della vulva, così frequenti a verificarsi durante tale operazione e che aprono la via all'infezione, non solo, ma la vicinanza al campo operatorio di un organo così difficilmente disinfettabile come la vagina. È risaputo come malgrado i più potenti mezzi di disinfezione e di sterilizzazione di cui noi disponiamo per le nostre mani, l'operanda, gli strumenti e i materiali di medicazione, non sempre si arriva malgrado le più minuziose e scrupolose cure a prevenire una infezione. Ognuno che abbia eseguito esso stesso o che abbia assistito a un certo numero di laparotomie, sa come qualche volta dopo una serie brillante di esiti felici, una qualche operata muore di peritonite, pur avendo usato le medesime norme, senza che si possa arrivare a scoprire la causa dell'insorgenza di essa. È risaputo ancora come non in tutte le operazioni, il pericolo di infezione sia uguale, come questo sia maggiore quando il materiale infettante eventualmente esistente sulle nostre mani, sui nostri strumenti viene in contatto con superfici facilmente assorbenti o vengono lesi grossi vasi. Ognuno sa infine come il pericolo dell'infezione sia in rapporto colla durata e la regolarità della operazione. Ora la sinfisiotomia non è sempre operazione facile nè breve e i molteplici accidenti cui può dar luogo, le impreviste difficoltà che si possono incontrare, il genere stesso dell'operazione, che obbliga ad abbandonare il campo

operatorio per eseguire manovre nella vagina e nell'utero per poi ritornare su di esso, non fanno certo della sinfisiotomia un'operazione tipica.

I disordini che possono verificarsi in grembo alle sinfisi iliache, la contusione, la lacerazione delle parti molli favoriscono l'insorgere e il diffondersi dell'infezione. È anche da tenersi nota a questo proposito come giustamente fa osservare Gigli, dei rapporti fra la sinfisi ed il parametrio, alla facilità con cui questa regione s'infetta col parto (Gigli: « Taglio lateralizzato del pube, » *Annali di Ostet. e Gin.*, 1894).

Parmi quindi si possa concludere che, sebbene notevolmente migliorata e ben lontani dalla cifra del 40 0[0 che rappresentava la mortalità delle puerpere nelle prime statistiche della sinfisiotomia, la mortalità materna in seguito a sinfisiotomia è ancora troppo elevata, ed è rappresentata per la massima parte da processi infettivi cui la sinfisiotomia predispone, e che non sempre siamo in grado di poter evitare.

Un altro rimprovero che fu fatto alla sinfisiotomia, è quello che possa nell'atto operativo aversi abbondante perdita di sangue in proporzioni talvolta veramente emorragiche. Queste emorragie possono provenire o da lesioni dei corpi cavernosi del clitoride, ed è precisamente per evitare questi che si consiglia di deviare il taglio verso sinistra, o da lesioni dei plessi venosi del Santorini che stanno dietro il pube, ad evitare le quali Truzzi consigliava il tamponamento retrosinfisario, tamponamento che il prof. Calderini fin dalla sua prima operazione eseguì temporaneamente (*La Clinica Moderna,* « Sinfisiotomia, » lez. clinica, anno 1895) o infine da lacerazioni delle parti molli ant. del bacino durante il passaggio della testa, non essendo più esse sostenute dalle pareti ossee divaricate. Ora è noto come queste emorragie a nappo siano difficili a frenare, e come a poco servano contro di esse le suture in tutti i modi praticate. Morisani consiglia lo zaffamento, che nel primo dei nostri casi servì ottimamente praticato con garza ed esercitando contemporaneamente una pressione dall'esterno all'interno o dall'interno mediante il pollice applicato anteriormente nello spazio fra i pubi, e due dita della stessa mano in vagina. Sebbene dai casi pubblicati e che sono a mia cognizione risulti che solo cinque volte si sia verificata la morte immediata come conseguenza dell'anemia acuta (Tellier: *Ann. de Gyn.*, Avril 1893 — Treub: idem — Anufryew, Kirch, Frömmel: *Jahresbericht,* 1895 — Di Mascarenhos: *Ann. de Gyn.*,

Juin 1895), pure queste emorragie sono abbastanza frequenti, spesso gravi, e se non compromettono immediatamente la vita della paziente preparano il terreno allo svilupparsi e all'estendersi di eventuali processi infettivi che è ormai noto in soggetti simili, assumono gravità eccezionali, o ne rendono la convalescenza lunga e perigliosa.

Il meccanesimo per cui avvengono queste lacerazioni è il seguente. Quando il canal genitale è ridotto ad un anello di tessuti molli materni, come avviene dopo la sinfisiotomia, la testa nel discendere allarga questo anello di tessuti non più solamente verso l'indietro distendendo il perineo, come nei casi normali, ma anche anteriormente distendendo la parete anteriore della vagina e della vulva che possono così venire lacerate tanto più facilmente quanto più la testa scende in basso, spingendo avanti a sè le varie sezioni del canale che deve percorrere, il quale così allungandosi si accorcia nel senso dei suoi diametri trasversi.

Tanto più facilmente avverrà la lacerazione della parete anteriore quanto più il perineo è resistente e che lasciandosi distendere dalla testa meno bene spinge questa contro l'arco pelvico anteriore. Ancor più facilmente infine si produrrà detto accidente, quanto meno i tessuti sono distensibili e quanto maggiore sarà il tratto privo di protezione, vale a dire quanto più grande sarà l'allontanamento dei pubi, e siccome a priori questo allontanamento dei pubi è tanto più notevole quanto più il bacino è ristretto, e i tessuti sono certamente meno estensibili nelle primipare che nelle pluripare, così da tutto ciò scaturiscono altre ragioni alla maggiore limitazione di sinfisiotomia nel grado di viziatura pelvica e nello stato di primiparità dell'operanda.

Nei casi di sinfisiotomia da me raccolti ho trovato notato essere avvenuta emorragia per lacerazioni più o meno gravi accadute nel parto 31 volte, il che è forse inferiore al vero. Qualche volta la lacerazione era così estesa da far comunicare la vagina colla ferita sinfisiotomica (Porak, Varnier: *Annales de Gyn.*, Avril 1892), altra volta l'uretra era completamente distaccata ed isolata (Schauta, *Centr. für Gyn.*, 1893, N. 18). Ma ciò che è importante notare si è che, eccettuato 4 casi in cui non sono segnate sufficienti indicazioni, in tutti gli altri per la massima parte si trattava di primipare qualche volta con bacino notevolmente viziato (CV. al disotto di 75 mm.) o di pluripare in cui la indicazione alla sinfisiotomia era data da forme di bacino totalmente

irregolarmente ristretto aventi una CV. di 75 mm. o anche al disotto di 75 mm.; solamente in 5 casi la CV. era superiore a detta cifra. Degni di particolare menzione al riguardo sono i seguenti casi:

G. Braun: Si trattava di una IIpara avente un bacino totalmente ristretto piatto R.° con una CV. di 65 mm. Nel parto precedente era stata operata di taglio cesareo conservatore con estrazione di feto vivo. I genitali esterni e la vagina quindi per il parto precedente non avevano subìto nessuna modificazione. A dilatazione completa sacro integro, condizioni quindi favorevoli per il feto, fu fatta la sinfisiotomia previo tentativo di forcipe. Dopo la sinfisiotomia fu applicato il forcipe nuovamente. L'applicazione fu difficile; fu estratto un feto asfittico che fu rianimato, ma morì dopo 2 giorni. La donna ebbe a soffrire una imponente emorragia per lacerazione dei corpi cavernosi che la mise in grave pericolo di vita. Dovette la sua salvezza ad una iniezione ipodermica di acqua salata (*Cent. für Gyn.*, 1893, N. 32).

R. Braun: Bo. piatto R.° CV. 60. Ipara. Rottura precoce membrane, minaccia di rottura d'utero. Sinfisiotomia dopo due giorni di travaglio. Forcipe Simpson: applicazione laboriosissima, cinque trazioni durante le quali si sentono scricchiolare le sinfisi sacro-iliache. Grave emorragia per lacerazione della vagina. Feto asfittico rianimato. Morte della donna in 37.ª giornata per pioemia. All' autopsia: flemmone perivescicale e perivaginale, sinfisi sacro-iliache aperte.

Kufferath: IXp., una serie di parti a termine mediante operazioni embriotomiche di parti prematuri provocati e di aborto, un sol bambino vivo con parto prematuro provocato. B. piatto R. CV. 65. Sinfisiotomia combinata con parto prematuro a 8 mesi. Forcipe. Durante le trazioni krak nelle sinfisi sacro-iliache. Emorragia retrosinfisaria da una vena grossa come una penna. La donna guarì ma per 2 mesi camminò colle grucce (*Bulletin de la Société Belge d'Obst. e Gyn.*, 1893).

Schwartz, che praticò una sinfisiotomia in una primipara con CV. di 75 mm., ebbe pure a notare lacerazioni ed emorragia e afferma che non sarebbe stato spiacente di aver fatto il taglio cesareo poichè la sinfisiotomia non è appropriata ad un bacino con CV. di 75 mm. (*Centr. für Gyn.*, 1894, N. 19).

Preoccupati di queste gravi conseguenze gli ostetrici escogitarono varii mezzi allo scopo di evitare un tale inconveniente. Così Schauta ad una seduta della Società ostetrica di Vienna paragona le lacerazioni

della parete anteriore della vagina alle lacerazioni perineali, dice che quelle come queste avvengono durante l'estrazione della testa. Consiglia in questo momento di mettere la mano in corrispondenza della sinfisi in modo che l'arco formato dal pollice e dall'indice si sostituisca all'arco pubico mancante e così proteggere i tessuti al di dietro di essa. Fare le trazioni adagio e con direzione in basso onde non comprimere le parti molli (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1893, N. 18). Fochier a tal proposito dice: ad ottenere lo scopo di salvaguardare la parete anteriore della vagina onde non si laceri, basta presentare al canale che deve percorrere, la testa colla sua più piccola circonferenza, vale a dire in flessione completa, per realizzare le condizioni di distensione minima delle parti materne; non esita quando il perineo è resistente a spaccarlo ampiamente, considerando giustamente essere meno pericolosa una spaccatura del piano perineale di facile cura, ad una lacerazione delle parti molli anteriori del bacino riccamente vascolarizzato o ove si trovano organi importanti come la vescica e l'uretra (Fochier: *Annales de Gyn.*, Avril 1893, pag. 350). Eckstein credeva che per evitare le gravi emorragie del bulbo cavernoso della vagina si dovesse rispettare il legamento arcuato e aspettarne la rottura spontanea; però egli stesso confessa che non sempre con questo esse vengono completamente escluse (*Centr. für Gyn.*, 1893). Varnier ragiona così: « Con 5, 6 cm. di divaricazione dei pubi, lo stretto inferiore e » le parti molli prendono una forma affatto differente dalla loro forma » normale. Essi non sono più in senso antero-posteriore ma ovoidi tra- » sversalmente. Mettere la testa nel suo massimo diametro secondo » l'antero posteriore in questa bottoniera a direzione trasversale è vo- » lerne fare quasi fatalmente saltare il labbro anteriore. Se si vuol » ricordare che per lo stretto inferiore dei bacini rachitici non avvi » bisogno di questo allargamento così necessario per lo stretto supe- » riore, niente avvi di più semplice una volta la testa portata al fondo » e la rotazione fatta, fors'anco prima della rotazione, di rinchiudere » il bacino, di ridurre a zero la breccia anteriore, di restituire alle » parti molli il loro sostegno osseo; salvo una volta liberata la testa » col moto di estensione o lasciar riaprire il bacino per l'impegno delle » spalle e a rinchiuderlo ancora per la estrazione finale. » Nella Clinica di Pinard la proposta di Varnier è stata adottata pare con buon successo, unitamente alla dilatazione della vagina e della vulva col ballone

di Champetier de Ribes, nelle primipare, dilatazione raccomandata altresì da Léopold e che, oltrechè preparare le vie genitali, avrebbe il vantaggio di impedire la rottura delle membrane e favorire così la dilatazione della bocca. Durante l'estrazione del feto, dice Pinard, abbiamo visto prodursi nelle primipare qualche piccola lacerazione della parete anteriore. Queste piccole lacerazioni non hanno lasciato alcuna triste conseguenza e son guarite tutte per prima (Pinard: « De la symphyséotomie à la Clinique de Baudelocque, » *Annales de Gynécologie*, Janvier 1897). Infine per terminare delle lesioni delle parti molli ant. del bacino, accennerò come è stato ammesso che esse possano avvenire perchè la parete anteriore della vagina o della vescica spinta dalla testa contro i bordi taglienti dei pubi, vengono da questi ferite o perchè la vescica può venire a cacciarsi fra i pubi divaricati e nel rinserrarsi questi, venir schiacciata. L'oculatezza e la prudenza dell'operatore facilmente saprà impedire simili evenienze.

Un altro rimprovero che è stato fatto alla sinfisiotomia e di cui mette conto di tenere parola, si è quello della mancata o incompleta saldatura della sinfisi pubica colle sue tristi conseguenze rispetto alla deambulazione. Sebbene questo pericolo sia stato dichiarato chimerico e nella statistica degli ultimi tempi sia segnato che nella massima parte delle operate al 20.° giorno la consolidazione del bacino era completa, e le donne potevano attendere alle loro occupazioni, pure credo fare opera non del tutto inutile il soffermarmi un pochino su questo argomento. Intanto generalmente non è accennato in qual modo questa mancanza di mobilità nelle sinfisi venne constatata, nè è fatto cenno che si sia praticato alcun esame vaginale o rettale per constatare lo stato delle articolazioni del bacino. Ora io credo che un attento esame di dette articolazioni, come nei nostri due casi, avrebbe rivelato con maggior frequenza una certa mobilità in corrispondenza di esse. Una tale mobilità Bernheim dice di averla trovata frequentemente, ancora tre mesi dopo l'operazione (*Journal de Médecine*, Paris 1893, N. 6). Qualche volta si ebbe a notare la mancata saldatura delle sinfisi anche senza che vi fosse stata suppurazione (Regnier: *Centr. f. Gyn.*, 1893, N. 6). Così pure Kirch in un caso operato nella Clinica di Firenze, malgrado si avesse avuto guarigione per *primam*, malgrado fosse stato tenuto in sede l'apparecchio contentivo per 25 giorni, pure nell'atto della deambulazione si ebbe a

notare uno spostamento delle due branche del pube (*Gazzetta degli Ospedali*, 1894, N. 26). Malgrado però persista mobilità nelle ossa dei pubi, fu osservato che raramente per questo le donne soffrono disturbi nel camminare, e che possono attendere alle loro occupazioni, come lo provano le due donne di cui è stata riferita la storia. È noto che la riunione di superfici cartilaginee divise è da lungo tempo argomento controverso. Come nella guarigione delle ferite dei muscoli e dei nervi la guarigione si fa generalmente non per rigenerazione di tessuto muscolare o nervoso (1), ma per neoformazione di tessuto connettivo, lo stesso accade probabilmente nelle ferite delle cartilagini. Le ferite da taglio delle cartilagini articolari dopo qualche settimana si presentano riempiute di coaguli e di fibrina. Questo coagulo viene rimpiazzato da tessuto congiuntivo. In appresso la cartilagine si sfibra, la capsula cartilaginea si rende indistinta, le cellule cartilaginee si fanno polinucleate, però anche dopo una serie di mesi il taglio si trova riparato solo da una cicatrice congiuntivale. In altri punti, p. es. nelle cartilagini costali, il vano della ferita si ricolma fin da principio di tessuto connettivo. Meno nei fanciulli non è per anco stabilito se avvenga in generale una vera rigenerazione cartilaginea (Landerer: « Manuale di terapia e patologia chirurgica generale, » trad. ital., Vallardi, pag. 112). In altre parole mentre nei casi di guarigione delle fratture delle ossa per seconda il tessuto congiuntivo che forma il callo provvisorio si trasforma in tessuto osseo, non è stabilito se il tessuto congiuntivo che ristabilisce la continuità fra due superfici cartilaginee disgiunte, si trasformi in tessuto cartilagineo. Mullerheim (op. cit.) riferisce il risultato di esperimenti fatti in animali da Gies, il quale trovò che il difetto di cartilagine in ferite di tessuto puramente cartilagineo non viene riparato e da Freund, che vide formarsi una vera pseudoartrosi. Egli stesso poi ha eseguito degli esperimenti sugli animali, dai quali risultò che la fibro-cartilagine interarticolare pubica dopo tre mesi non era ancora ricongiunta senza che infiammazione di sorta o suppurazione avessero impedito la rigenerazione. Se pur guarendo la ferita

---

(1) Per i nervi, quando si leva un frammento di tronco nervoso, il capo periferico del nervo degenera, poi l'intervallo fra i due capi del nervo è riempito da tessuto connettivo molle. Il processo di rigenerazione del nervo, quando i capi sezionati sono saldati (sutura) comincia solo verso la metà della 4.ª settimana (Landois. « Phisiologie humaine, » pag. 446 e 626).

per *primam* viene a mancare l'interposizione di tessuto connettivo (Gies, Freund), la unione può farsi solamente a spese del tessuto fibroso e dei legamenti che stanno al davanti del pube e che vengono generalmente cuciti. In allora i pubi godono di una certa mobilità e possono spostarsi uno sull'altro, come è stato parecchie volte constatato dopo la sinfisiotomia, senza che la donna ne risenta disturbi gravi. Se in questi casi la suppurazione della ferita disturba altresì il coalito delle parti molli al davanti della sinfisi, allora i pubi rimarranno completamente disgiunti, la donna camminerà barcollando, o avrà bisogno delle grucce. Che se infine la saldatura della sinfisi avviene per interposizione di tessuto connettivo fra i pubi, questi, col tempo, per la fisiologica evoluzione connettivale, potranno trovarsi essere sì strettamente uniti che la mobilità di essi sia ancora minore che non in una articolazione normale, si abbia cioè una vera anchilosi fibrosa.

Gli inconvenienti che ne conseguono per la deambulazione non sono allora, al dire di Walcher, da trascurare. Egli dice che scopo della sinfisi pubica insieme alle articolazioni ileo-sacrali è quello di porre una cinta elastica fra le cosce e la colonna vertebrale. Questa cintura elastica è costituita in modo che le ossa iliache non si muovono secondo un unico asse trasversale sul sacro, ma che essendo le superfici articolari del sacro convergenti in basso ed indietro, formano due assi funzionanti insieme e che per l'esecuzione di un movimento delle ossa iliache si richiede che esso venga scomposto nella sinfisi pubica. È la sinfisi anchilosata? Allora la mobilità dell'osso iliaco viene abolita. E con ciò gli urti trasmessi dalla coscia vengono direttamente ripercossi sulla colonna vertebrale, il che per la donna è una brutta conseguenza (*Centr. f. Gyn.*, 1893, N. 25).

Un ultimo appunto che si può fare alla sinfisiotomia è la cura lunga incomoda post-operativa che essa richiede; la forzata degenza a letto che può essere causa di decubiti non solo, ma che a parer mio può favorire lo sviluppo di polmoniti (ipostatiche!) che con una certa frequenza e tale da far dubitare trattarsi di semplice coincidenza, si legge essere stata la causa della morte della paziente le noie e i disagi che affliggono l'operata e le persone che la debbono assistere. Basti ricordare come nella nostra prima operata si dovette eseguire il cateterismo per 22 giorni di seguito, che essendo sopravvenuta un po' di diarrea, ad ogni evacuazione, la medicazione veniva lordata, onde questa do-

veva soventi essere cambiata, il che non era sempre la cosa più semplice dovendosi sollevare la paziente col massimo riguardo, ricorrendo sempre a nuovi artificii per non scomporre le ossa del bacino e disturbarne la regolare adesione. Aggiungerò infine che quando l'operata si alzò, dopo cinque settimane, era magra e macilente come se uscisse allora da una lunga malattia. Io che ho assistito a parecchi tagli cesarei e che ho seguite le ammalate nel loro decorso post-operativo, e che ho potuto constatare la cura semplice e rapida che esse richieggono, la prontezza con cui si ristabiliscono, sono rimasto al confronto poco favorevolmente impressionato dall' andamento delle operate di sinfisiotomia dopo l' operazione. Certo che questa non è una ragione che possa da sola far abbandonare un compenso terapeutico, quando al postutto i risultati fossero buoni, ma non è men vero che, tutto sommato, quando un ostetrico in un bacino fra 67 e 75 debba decidersi per la sinfisiotomia o il taglio cesareo, è un argomento che aggiunto agli altri che si possono trovare in questo grado di stenosi sfavorevoli alla sinfisiotomia, può far decidere più per l'uno che per l'altra.

In conclusione: nella sinfisiotomia la rottura delle sinfisi sacroiliache, l' emorragia, le lacerazioni vulvo-vaginali sono inconvenienti che non sempre si possono evitare. Questi pericoli sono maggiormente a temersi quando la divaricazione dei pubi sorpassa i 5 cm. Lo stato di primiparità in modo speciale predispone alle lacerazioni delle parti molli anteriori del bacino. La mancata saldatura della sinfisi che può qualche volta avvenire indipendentemente dalla suppurazione della ferita, può allora contristare la vita avvenire dell'operata.

***

Fatto così un breve bilancio dell'attivo e del passivo della sinfisiotomia, passati in rassegna i pericoli e i vantaggi che essa offre, ammesso implicitamente come essa in molti casi sia logica e razionale quanto mai, tanto nell'interesse della madre che del feto, vediamo finalmente quali limiti e in quali determinati casi dovrebbe essere stabilita l'indicazione dell' operazione di cui ci occupiamo.

Premetto anzitutto la linea di condotta seguita nella terapia delle stenosi pelviche alla Clinica di Parigi che il prof. Pinard ha più volte espressa e così riassunta:

1.° abbandono del parto prematuro artificiale;

2.° abbandono di ogni applicazione di forcipe e di ogni altra operazione complicante la lotta della testa fetale contro una resistenza ossea del bacino (che questa resistenza segga al distretto superiore, nello scavo o al distretto inferiore);

3.° abbandono assoluto dell'embriotomia su feto vivo;

4.° allargamento momentaneo del bacino (sinfisiotomia-pubeotomia, coccigotomia), in tutti i casi che esiste resistenza ossea non vinta dalle contrazioni, la testa essendo ben orientata, e dove il calcolo dimostra che la sezione del bacino e un allontanamento non al di là di 7 cm. permetteranno il passaggio di una testa di feto a termine;

5.° operazione cesarea seguita da amputazione utero-ovarica nei casi di strettezza assoluta (*Annales de Gynécologie*, Gennaio 1895).

D'altra parte Léopold che già altre volte esprimeva l'opinione che la sinfisiotomia dovrà battere il campo pericolosamente usurpato dal taglio cesareo, e mandarlo là donde è uscito nel dominio delle indicazioni assolute (*Arbeiten, ecc.*, Dresden, 1893, pag. 383), al XII Congresso Internazionale così poneva le indicazioni della sinfisiotomia: Trattandosi di bacini ristretti con una CV. di 6-7 1[2 cm. e di feto vivo l'embriotomia deve lasciare il posto alla sinfisiotomia. Al termine della gravidanza, se il parto spontaneo non s'inizia, dato un bacino piatto e una CV. di 7 cm. e un bacino uniformemente ristretto, si può con ottimo esito liberare un bambino di volume medio e maturo mercè il rivolgimento e l'estrazione podalica.

In conclusione colle proposte di Pinard e Léopold il limite inferiore della sinfisiotomia viene portato a 6 cm., con le proposte di Pinard il limite superiore viene innalzato fino ai gradi più lievi di stenosi con cui insorgono difficoltà al parto. Non si può negare che il campo sia molto vasto. La sinfisiotomia così si sostituisce al forcipe, al rivolgimento, alla craniotomia su feto vivo, al taglio cesareo per indicazione relativa non solo, ma se si accettasse ancora la proposta di associare la sinfisiotomia al parto prematuro (Jacolucci) o alla craniotomia (Novi) nelle gravi angustie pelviche, anche al taglio cesareo per indicazione assoluta.

Ora ognuno vede che si è alquanto esagerato. Elevando troppo i confini della indicazione della sinfisiotomia si arrischia soventi di compiere delle operazioni non necessarie; portandone il limite inferiore troppo basso se ne aumentano i pericoli e si getta il discredito sopra

un'operazione che, contenuta entro giusti limiti è capace di dare buoni frutti. « Nous ne ferons pas plus de forceps, » esclamava Varnier ad una seduta della Società ostetrica di Parigi. Ma Morisani stesso ancora oggigiorno opina che al disopra di 81 millim. di coniugata il parto è a rigore possibile per opera della natura o per l'applicazione del forcipe, e consiglia in tali circostanze non solo di accordare il giusto tempo alla aspettazione, ma inoltre di fare precedere al taglio della sinfisi un prudente tentativo col forcipe (Morisani: *Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* 1894, N. 4). Non è mia intenzione qui il passare in rassegna i risultati del forcipe e del rivolgimento nelle stenosi pelviche, tanto più che intendo di occuparmene in altro mio scritto; a me basta ricordare come essi siano quasi innocui per la madre e che ad essi molti bambini devono la loro vita. Non parmi quindi ancora il tempo di disconoscere i servigi resi da queste operazioni e di bandirle dalla pratica ostetrica, per lo meno in quei casi in cui, come vedremo, la sinfisiotomia è controindicata per altre ragioni.

Ammesso come prudente, per le ragioni sopraesposte, limitare la divaricazione dei pubi a 4-5 cm., ne viene di naturale conseguenza che, calcolando secondo Morisani a 2 mm. l'aumento nei diametri sacropubici per ogni cm. di allontanamento, con una tale divaricazione si ottengono 10 mm. di aumento nella CV., a cui aggiungendo 6 mm. per l'impegno di una bozza parietale fra i pubi disgiunti, abbiamo in tutto 16 mm. di guadagno. Ora se noi riflettiamo che il diametro biparietale misura 92 mm., chiaramente emerge che secondo le nostre vedute il limite inferiore a cui può spingersi la sinfisiotomia sarà dato da 92 — 16, cioè 76 mm. nella CV.

Pel limite superiore viene generalmente fissato ad 85 mm., ma ad esso, come afferma Morisani, conviene concedere una certa elasticità. Imperocchè non si può mettere in dubbio che quando si tratti di bacini con una CV. di 90 mm. e anche più e la testa sia molto ossificata e quando i parti antecedenti abbiano addimostrata l'impossibilità di estrarre feti vivi, la sinfisiotomia sia bene indicata.

Ma anche in questo campo così nettamente limitato molti fatti impediscono soventi di porre l'indicazione precisa della sinfisiotomia, molte ragioni ne controindicano la esecuzione. Generalmente in un vizio pelvico che si avvicina ad 81 mm. si fa un tentativo di forcipe e durante il medesimo se la vita del feto viene compromessa, non è

più il caso di pensare alla sinfisiotomia. Se si è eseguito il rivolgimento e si trovano difficoltà nell'estrazione della testa, il ricorrere allora alla sinfisiotomia, per quanto questa venga prontamente eseguita e per quanto poco tempo passi dal pensiero all' azione, ben più raramente potrà dare alla luce un feto vivo. Più soventi capita che vengono portate agli Istituti di Maternità delle donne in avanzato periodo di travaglio. Si tratta di incinte aventi viziature pelviche in grado modico che hanno già avuti parti precedenti operativi con esito di feti morti: la testa è fissa allo stretto superiore e non scende; una sinfisiotomia sarebbe razionale e toglierebbe facilmente l'ostacolo che si oppone al compimento del parto; ma la rottura prematura delle membrane, o spontanea, o pur troppo artificialmente provocata da qualche levatrice ignorante, la procidenza del cordone, i tanti accidenti che sogliono accompagnare il decorso del parto nelle stenosi pelviche, qualche intempestivo tentativo di forcipe hanno compromessa la vita del feto, il battito fetale è alterato, la donna è magari febbricitante. Casi di questo genere se ne verificano tutti i giorni e molti potrei citarne cui ho assistito io stesso e che ometto per amore di brevità. Faremo noi una sinfisiotomia in tali condizioni? Lasciamo la risposta ai sostenitori stessi della sinfisiotomia. Morisani al Congresso di Roma diceva: Avviene non raramente che arrivi in una Clinica o in una Maternità una donna con vizio pelvico nella quale il travaglio dura già da qualche giorno; le membrane sono rotte, le acque scolate da molte ore e quantunque l'ascoltazione mostri che il feto sia ancora vivo, nondimeno la eccessiva frequenza dei battiti cardiaci e le alterazioni del ritmo fanno avvertito l'ostetrico che il feto sia molto sofferente, sicchè si può giudicare che nel tempo necessario per preparare e per compiere l' atto operativo la vita abbia probabilmente ad estinguersi. Il giudizio in questi casi è difficile e la responsabilità è grave; nondimeno a me pare che quando i turbamenti delle pulsazioni cardiache abbiano tale importanza da indurre il convincimento che la vita del feto non possa essere conservata, la indicazione della sinfisiotomia non sia giustificata e sieno a preferirsi gli atti embriotomici. E. Wehle nell'opera citata: i toni cardiaci del feto devono essere buoni, tuttavia non esclude la operazione il rallentamento dei toni o la fuoriuscita di meconio.

Io vorrei essere più assoluto, io vorrei che mai la sinfisiotomia, un'operazione che si eseguisce specialmente nell'interesse del feto, ve-

nisse eseguita quando questi dà segni di sofferenza. Possibilmente inoltre dovrebbe venire eseguita quando il sacco è integro e la dilatazione completa, sebbene Pinard qualche volta abbia praticata la sinfisiotomia al principio della dilatazione affine di produrre o affrettare quest'ultima. Però egli stesso soggiunge: questo metodo ha dei vantaggi e degli inconvenienti. L'avvenire solo dirà se i primi siano maggiori dei secondi (*Annales de Gyn.*, Gennaio 1896, pag. 26).

La sinfisiotomia non è sempre operazione nè facile nè breve. Essa se deve dare buoni risultati non potrà mai essere un'operazione d'urgenza come l'hanno voluta fare, da escogitarsi ed eseguirsi al momento. La scrupolosa antisepsi che essa esige richiede preparativi lunghi e minuziosi come quelli del taglio cesareo a cui non sempre, a meno che nelle Cliniche ove le laparotomie sono ormai diventate abituali e si trova sempre pronto quanto occorre per esse, si può provvedere in breve tempo. Ancora noi non possiamo calcolare preventivamente la durata dell'atto operativo. Sebbene raramente, possiamo trovarci a difficoltà di tecnica specialmente nel taglio della sinfisi (attribuita ad ossificazione: Siebold e recentemente Zweifell), che può trascinare in lungo l'operazione e far desistere dal proposito di incidere la sinfisi ricorrendo ad altri compensi terapeutici (Fochier: *Annales de Gyn.*, Avril 1893). Olshausen pure afferma che in un caso da lui operato, dopo tagliata metà della sinfisi si trovò a ridosso delle ossa la cui sezione fu laboriosa (*Centr. f. Gyn.*, 1893, N. 22). Forse in questi casi più che di completa ossificazione delle sinfisi trattavasi di obliquità più o meno considerevole delle sinfisi (Morisani), o di direzione anormale della sinfisi associata a notevole assottigliamento della cartilagine articolare come nel primo dei casi da me descritti si è verificato. Queirel esaminando 200 cadaveri di donne di tutte le età che avessero o non figliato, trovò la sinfisi deviata ora a destra, più frequentemente a sinistra di qualche millimetro fino ad un cm., non mai ossificata (Queirel: *Annales de Gyn.*, 1896, pag. 188). Comunque sia, certo si è che questa condizione di cose può rendere difficile il taglio della sinfisi e prolungare l'operazione con grave danno del feto, specie se questo è già sofferente. La sinfisiotomia deve quindi eseguirsi solo su feto vivo e la cui vitalità sia per nulla compromessa. Se non si può garantire la vita del feto non si deve porre in pericolo quella della madre.

Un'altra controindicazione alla sinfisiotomia è la sepsis incoata.

Abbiamo già troppo insistito sulla facilità con cui si sviluppa e si estende un processo infettivo nelle operate di sinfisiotomia, perchè dobbiamo ritornarci sopra. Molte delle donne morte per infezione, già al momento dell'intervento presentavano temperatura elevata. Nè si può dire a priori che queste donne sarebbero morte lo stesso qualunque altra operazione fosse stata eseguita. A questo proposito basti citare l'opinione recentemente espressa da Pinard: « Così oggigiorno io penso che in una donna passibile della sinfisiotomia e di cui l'utero sia infetto, val meglio praticare la gastro-isterotomia seguita dall'isterectomia totale, piuttosto che l'ingrandimento momentaneo del bacino » (*Annales de Gyn.*, Gennaio 1897, pag. 24).

Così ancora lo stato di primiparità, per le ragioni ampiamente svolte più sopra costituisce una circostanza sfavorevole per l'operazione. Per quanto è possibile le primipare non debbono essere sottoposte alla sinfisiotomia. È l'opinione di Léopold condivisa dalla maggior parte degli autori tedeschi. Nelle primipare, nei gradi modici di ristrettezza, si deve esperimentare se le contrazioni o il forcipe non riescono ad aver ragione dell'ostacolo. Noi non siamo in grado di giudicare esattamente del volume del feto e le nostre diagnosi non hanno valore assoluto. Non sono rari i casi in cui un parto giudicato difficile e in cui si credeva dover intervenire si è terminato spontaneamente.

Il primo parto, dice Mullerheim (l. c.), dovrebbe essere un parto di prova. Se una o più volte l'utero si è mostrato insufficiente a vincere l'ostacolo, diventando colle successive gravidanze i feti sempre più voluminosi si potrà con maggior sicurezza pensare che il parto non possa compiersi spontaneamente.

Mullerheim soggiunge ancora che una maggiore limitazione avrà la sinfisiotomia nelle nubili obbligate a lavori faticosi, perchè esse preferiranno la loro salute e la conservazione della facoltà di lavorare alla vita del feto.

Fu ventilata la questione se la sinfisiotomia era operazione alla portata dei pratici e fu risposto favorevolmente da chi sostiene che l'operazione sia operazione facile, semplice, scevra di pericoli; in modo negativo da chi giudica la sinfisiotomia possa essere accompagnata e seguita da accidenti serii che possono compromettere la responsabilità del medico. Non è si voglia negare che pratici distinti ed intelligenti siano in grado di eseguire con successo tale operazione, ma ciò che

facilmente può loro mancare sono le condizioni favorevoli per operare, specialmente per quanto riguarda l'antisepsi e l'asepsi, e particolarmente in quei casi, come generalmente avviene, in cui chi è chiamato non conosce l'ammalata, ma si trova in presenza di una partoriente in travaglio di parto da parecchio tempo, con acque scolate, dilatazione completa ed urge prendere una decisione. In un capitolo di un recentissimo lavoro del dott. Isac: « La symphyséotomie à la campagne » si leggono queste precise parole: « Lorsque la symphyséotomie aura envahi les campagnes il arrivera en obstétrique ce qui s'est produit en chirurgie; tout le monde sera grand opérateur et les hécatômbes se multiplieront » (*Revue obstétricale internationale,* Agosto 1897). Noi non vogliamo essere così pessimisti, ma esprimiamo modestamente la nostra convinzione che come nessuno ha mai pensato di fare del taglio cesareo un'operazione corrente della pratica ostetrica, così la sinfisiotomia debba venire eseguita solamente nelle Cliniche o in Comparti ospitalieri, dove si possa disporre di tutti quei mezzi sufficienti alla buona riuscita dell'atto operativo. Che se qualcheduno ha affermato il contrario, deve essersi lasciato guidare da considerazioni troppo teoriche o trascinare da soverchio entusiasmo per un'operazione che si presenta con veste sì seducente. Così dice Heinricius (op. citata, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* Avril 1896, pag. 293): « singolare apparisce l'opinione di Pazzi, poichè dopo aver menzionato » quattro sinfisiotomie eseguite in Bologna con esito infausto, arriva alla » conclusione che la sinfisiotomia come operazione scevra di pericoli può » essere eseguita anche in pratica privata. »

Per modo che la sinfisiotomia così limitata resterà un'operazione rara, la quale non è destinata a sostituirsi completamente alla craniotomia che secondo autori tedeschi, anche su feto vivo, nell'interesse della madre, conserva il suo valore in ogni circostanza e viene dal medico pratico presa in maggior considerazione che la sinfisiotomia e il taglio cesareo relativo; non al taglio cesareo che al disotto di 76 mm. in donne a termine è ancora preferibile ad essa; non al p.° p.° p.° che dà risultati molto migliori per la madre, e, se non del tutto soddisfacenti, abbastanza buoni secondo particolari statistiche di alcuni autori, e suscettibili di miglioramento. Nei limiti suindicati (al disopra di 76 mm.) potendosi provocare il p.° p.° alla fine dell'8.° mese (nei bacini piatti) si portano alla luce feti abbastanza sviluppati e tali da poter soprav-

vivere. Io non divido quindi l'opinione di Pinard e Varnier cui si è accostato anche Morisani, e credo che lasciare andare a termine una incinta con stenosi pelvica per praticare allora la sinfisiotomia non sia saggio consiglio. Non dirò dell'associazione del p.° p.° p.° nelle stenosi pelviche colla sinfisiotomia, che si è cercato di risuscitare in questi ultimi tempi. Se tale idea poteva trovare appoggio nell'epoca in cui sorse proposta da Jacolucci, quando del taglio cesareo si avea un sacro orrore, il por mano ad aprire il ventre e l'utero di una donna essendo quasi come segnarne la sentenza di morte, non ha più ragione di essere al giorno d'oggi in cui le migliorate statistiche e la tecnica perfezionata hanno fatto del taglio cesareo un'operazione facile e di esito quasi sempre sicuro nell'interesse della madre e del feto.

Riguardo alla seconda lega fra la sinfisiotomia e l'embriotomia, il cui scopo è di estrarre un feto morto in pelvi estremamente anguste senza ricorrere al taglio cesareo che in questi casi è operazione sempre incresciosa, l'esperimentazione clinica è ancora troppo scarsa per poterne dare un giudizio ponderato.

In conclusione la sinfisiotomia resterà a buon diritto fra le operazioni ostetriche. Non è destinata a sostituirsi a nessuna di esse, ma tenuta nei giusti limiti può concorrere alla salvezza di parecchi bambini che il forcipe o il rivolgimento avrebbero sacrificati, senza far correre gravi rischi alla madre. E precisamente nelle donne che hanno avuto parti anteriori finiti male o con applicazione disastrosa di forcipe, o nelle maritate che non hanno potuto aver buono che il primo parto e presentano il grado di ristrettezza indicato (76-90 mm.), nei casi di feto voluminoso, passato il momento per la provocazione del parto prematuro, si ha la indicazione vera della sinfisiotomia.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL PARTO PODALICO
NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

STUDIO STATISTICO

DEL

Dott. ERSILIO FERRONI
Assistente volontario.

(Continuazione, vedi pag. 878 del 1897).

Peso del feto. — Sui 349 feti nati pel podice ho potuto raccogliere il peso di 319: mancavano le cifre di 30 appartenenti:

21 al 9.° mese	11 nati da Ipare 7 » » pluripare 3 » » ?	2 all'8.° mese	1 nato da Ipara 1 » » pluripara
5 al 7.° mese	4 nati da Ipare 1 » » pluripara	2 al 6.° mese	2 nati da pluripare

Esclusi da questi 319 feti quelli premorti, macerati e mostruosi e feci la media complessiva secondo i vari mesi della gravidanza, ottenendo i seguenti risultati:

Feti a termine	gr. 2840
» all'8.° mese	» 2109
» al 7.° »	» 1526
» al 6.° »	» 964

Non riporto qui la media del peso dei feti al 5.° ed al 4.° mese perchè priva affatto di qualsiasi importanza.

Il feto a termine che si presenta pel podice offrirebbe quindi secondo le mie cifre, un peso di 2840 gr. Questo peso medio si avvicina di molto a quello di 2865 gr. riportato dall'Inverardi (10) nella sua statistica. Stando invece al Porak (55), e considerando complessivamente

i parti naturali e artificiali tanto nelle primipare come nelle multipare, da lui riportati, si otterrebbe un peso medio di gr. 2932. Comunque sia e per quanto questa cifra varii, è fuor di dubbio che il peso del feto a termine che si presenta pel podice è alquanto inferiore a quello stabilito per i feti che nascono in altre presentazioni. E ciò prendendo come media di quest'ultimi anche le cifre più basse che si conoscono (Hecker (75) e Veit (76) gr. 3250; Cuzzi (12) gr. 3200; Schröder (58) gr. 3179; Calderini (77) gr. 3148, ecc., ecc.). Esisterebbe per lo meno quindi una differenza di 300 gr. circa, mentre secondo l'Inverardi (10), che riporta pei feti nati in presentazione di vertice il peso medio di 2965, tale differenza si ridurrebbe a 95-100 gr. Questa diminuzione di peso che presentano i feti nati pel podice in confronto agli altri, non è solo evidente nel caso dei parti a termine, ma si osserva eziandio, con lo stesso rapporto, in tutti i mesi della gravidanza. L'Hecker (75), ad es., stabilisce la media di 2500 gr. pei feti all'8.° mese, di 1750 per quelli al 7.° e di 1000 per quelli al 6.°; questi dati sono di gran lunga superiori a quelli da me ricavati pei feti nati in presentazione pelvica alla stessa epoca.

Volendo poi tener conto del peso fetale in rapporto alla Iparità e alla pluriparità, ho ricavato le seguenti cifre, sempre in base ai 319 feti da cui vengono esclusi i premorti:

Età dei feti	Ipare	Pluripare
Feti a termine . . .	grammi 2800	grammi 2880
» all'8.° mese. . .	» 2054	» 2164
» al 7.° » . . .	» 1531	» 1590
» al 6.° » . . .	» 975	» 953

Questi risultati confermano quanto è stato detto per tutti i feti nati in qualsiasi presentazione e per quelli di podice in ispecie, cioè a dire che i nati da pluripare hanno un maggiore peso e un maggiore sviluppo che quelli da primipare.

Tale differenza è poi spiccatissima nella statistica del Porak (55), secondo il quale i feti a termine nati pel podice da pluripare pesano in media 3083 gr., mentre quelli nati da primipare gr. 2831. Qualche altra

considerazione può nascere dando un rapido sguardo alle cifre che qui riporto, dalle quali si desume il peso di ciascuno dei 319 feti divisi secondo i mesi e il numero delle gravidanze.

FETI A TERMINE

Peso dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
1000-1500 gr.	3	1	2
1500-2000 »	6	3	3
2000-2500 »	46	24	22
2500-3000 »	55	26	29
3000-3500 »	46	23	23
3500-4000 »	22	8	14
4000-4500 »	1	1	—
sopra i 4500 »	2	—	2
Totale N.	181	86	95

OTTAVO MESE

Peso dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
sotto ai 1000 gr.	1	—	1
1000-1500 »	5	3	2
1500-2000 »	16	8	8
2000-2500 »	23	12	11
2500-3000 »	10	3	7
Totale N.	55	26	29

SETTIMO MESE

Peso dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
500-1000 gr.	6	2	4
1000-1500 »	15	6	9
1500-2000 »	15	7	8
2000-2500 »	5	2	3
2500-3000 »	1	—	1
Totale N.	42	17	25

SESTO MESE

Peso dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
300-1000 gr.	18	6	12
1000-1500 »	7	—	7
1500-2000 »	1	1	—
Totale N.	26	7	19

QUINTO MESE

Peso dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
Sotto 500 gr.	6	2	4
Sopra 500 »	4	1	3
Totale N.	10	3	7

Dei 5 feti del 4.° mese 3 pesavano più di 200 gr. e 2 meno di 200; essi appartenevano tutti a pluripare (totale Ipare N. 139, plurip. N. 180, = N. 319).

Da ciò si vede come nelle gravidanze a termine i feti nati pel podice abbiano oscillato tra i 1000 e i 4500 gr. (comprendendo i feti premorti ed espulsi a termine o pressochè al termine della gravidanza, singolarmente indicati in una successiva tabella sulla prognosi dei feti

nati pel podice in rapporto al loro grado di sviluppo) e come il maggior numero di essi abbia presentato un peso che dai 2000 va ai 3500 gr. (147 feti su 181). Si vede inoltre come sino a 3500 gr. i feti delle Ipare e delle pluripare crescono di numero in uguale rapporto, anzi, avuto riguardo alla maggiore quantità di pluripare, si potrebbe dire che dai 2000 ai 3500 gr. vi sono più feti appartenenti alle prime che alle seconde; è da 3500 gr. in poi che i feti sono più numerosi nelle pluripare. Questo fatto non è del resto esclusivo nella presentazione podalica, ma si osserva senza distinzione e sino ad una certa età nel maggior numero delle donne gravide. Si nota infine come 71 feti su 181 superino i 3000 gr.: ciò significa che se è vero che i feti a termine nati pel podice sono meno sviluppati di quelli espulsi in altre presentazioni, non è meno vero che molti di essi oltrepassano la media normale senza opporsi perciò alla genesi della presentazione podalica. Si rileva altrettanto anche dalla statistica del Potocki (78) che trascrivo integralmente:

Da gr. 2000 a 2500 . .	5 feti	Da gr. 3500 a 4000 . .	6 feti
» » 2500 » 3000 . .	13 »	» » 4000 — . .	1 »
» » 3000 » 3500 . .	10 »	» » 6025 — . .	1 »

Si noti che quest'ultimo era idrocefalo. Nello specchietto riportato dal Mangiagalli (2) a proposito del peso fetale nel parto podalico, su 59 feti, compresi i prematuri, se ne trovano 7 da 3000 a 4000 gr., dei quali 4 in primipare e 3 in pluripare. Anche qui sino a 3000 gr. si ha un numero di feti quasi eguale nelle primipare e nelle pluripare. Fra i casi osservati dall'Etienne (20) se ne contano 31 al disopra di 2900 gr. e 46 al disotto. Quanto ho detto pei feti a termine, facendo i dovuti rapporti, vale anche per quelli dell'8.°, 7.°, 6.° e 5.° mese.

Lunghezza. — La lunghezza del feto, e specialmente di quelli a termine, è un dato molto meno variabile che non il peso: è necessario perciò riferire tutto quanto è stato detto ai dati che saremo per aggiungere.

Eliminando dal totale dei 349 casi di presentazione podalica da me raccolti, 36 feti di cui non fu possibile sapere la lunghezza, ne abbiamo 313, da cui si potè ricavare le seguenti cifre medie, non tenendo conto dei feti morti, macerati e mostruosi:

feti a termine . . .	cm. 48,5	al 7.° mese	cm. 39,9
all' 8.° mese	» 44,2	al 6.° »	» 35,3

Paragonando queste lunghezze con quelle ammesse per i feti in genere nei varii mesi della gravidanza, si può stabilire che nella presentazione di podice i feti a termine e quelli all'8.° mese sono più piccoli della norma, con una differenza in meno di 1 cm. circa, e che i feti nati al 7.° e al 6.° mese non differiscono in alcun modo da quelli espulsi in altre presentazioni: tutto questo accettando qualsiasi tabella tra quelle di Hecker (75), Schröder (58), Ahlfeld (79), Veit (76), ecc.

La media di cm. 48,5 da me riscontrata pel feto a termine è superiore a quella dell'Inverardi (10), il quale trova nelle stesse condizioni una lunghezza di 47 cm. in rapporto ad una di cm. 49 pei feti nati pel vertice. Considerando a parte le primipare e le pluripare, la lunghezza dei feti sarebbe la seguente:

Età dei feti	Ipare	Pluripare
Feti a termine	cm. 48,04	cm. 48,89
» all'8.° mese	» 44,42	» 43,97
» al 7.° »	» 40,23	» 39,67
» al 6.° »	» 34,50	» 36,00

Mentre nelle pluripare il feto a termine è più lungo e quindi più sviluppato che nelle Igravide, all'8.° e al 7.° mese questa differenza non esiste, per non dire che il rapporto s'inverte: si può dire in base a questi dati che sino al principio del 9.° mese i feti camminano di pari passo nel loro sviluppo e che nelle pluripare essi cominciano a prendere la prevalenza da quest'epoca in poi.

Relativamente alla lunghezza dei singoli feti, secondo l'età e il numero delle gravidanze, si ebbe:

Feti a termine				Ottavo mese			
Lungh. dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.	Lungh. dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
35-40 cent.	1	1	—	35-40 cent.	1		1
40-45 »	19	11	8	40-45 »	36	16	20
45-50 »	111	52	59	45-50 »	18	10	8
più di 50 »	49	22	27	Totale N.	55	26	29
Totale N.	180	86	94				

SETTIMO MESE			
Lungh. dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
25-30 cent.	1	1	—
30-35 »	3	2	1
35-40 »	16	6	10
40-45 »	18	6	12
45-47 »	2	2	—
Totale N.	40	17	23

SESTO MESE			
Lungh. dei feti	Num. dei feti	Ipare	Plur.
meno di 25 cent.	1	1	—
» 30-35 »	14	4	10
» di 35 »	11	2	9
Totale N.	26	7	19

5.° mese: 3 feti di Ipare da 27 a 33 cm. e 4 di pluripare da 20 a 27 centim. . . . . Totale N. 7

4.° mese: 5 feti di pluripare, dei quali 2 al disotto di 20 cent. e 3 da 20 a 25 . . . . . » » 5

(Totale primipare 139, pluripare 174 = 313).

Da questa schematica esposizione delle lunghezze fetali, si possono trarre le stesse conclusioni che furono dedotte dai pesi, riferendo ciascuno di essi alla lunghezza corrispondente. Se poi mettiamo assieme questi due dati, potremo dire che i feti nati pel podice offrono uno sviluppo minore del normale senza discostarsi pertanto molto da esso, e che questo minore sviluppo è più evidente verso la fine dell'8.° mese e lungo il 9.°, quando cioè l'accomodamento sta per rendersi stabile. La piccolezza del feto eserciterà senza dubbio una certa influenza sulla genesi del parto podalico, data la maggiore facilità con cui il feto potrà muoversi entro la cavità uterina. Tuttavia non si deve ritenere che questo minore sviluppo del contenuto costituisca nella generalità dei casi una condizione essenziale per la presentazione di podice: se così fosse non si dovrebbero presentare per l'ovoide pelvico quei feti che oltrepassano il peso e la lunghezza normale, o per lo meno dovrebbero raggiungere in via eccezionale una cifra limitatissima. Il loro numero invece non è indifferente se stiamo alle tabelle sopra riportate e specialmente a quelle dei feti a termine in cui su 180 se ne trovano 71 al disopra dei 3000 gr. e 49 che misurano più di 50 cm.

Non tenendo conto degli ottimestri abbastanza sviluppati, riporto

qui il peso e la lunghezza di 20 tra i feti a termine che vanno al di là di 3500 grammi:

cm. 54	gr. 3558	cm. 51,4	gr. 3890
» 53,8	» 3573	» 52	» 3614
» 51,7	» 3869	» 52,6	» 3684
» 50,4	» 3785	» 51	» 3729
» 50,8	» 3900	» 51,5	» 3750
» 52	» 4150	» 54	» 4830
» 48	» 3800	» 53	» 3776
» 52	» 3880	» 52	» 3960
» 51,9	» 3897	» 51	» 3800
» 50,6	» 4746	» 52	» 3840

Diametri fetali. — Oltre al peso ed alla lunghezza del feto conviene anche tener conto di tutti quei dati che si possono ricavare dalla misurazione della testa e del tronco e che potrebbero esercitare una certa influenza sulla genesi della presentazione podalica.

La contrazione uterina, dopo che il feto è stato espulso fino al torace, esercita tutta la sua potenza sulla testa che ultima è rimasta nell'organismo materno e la comprime egualmente in tutti i sensi, così da farle assumere quella forma sferica che è tanto caratteristica dei feti nati pel podice. Questo fenomeno plastico deve dare per risultato ultimo un accorciamento di tutti i diametri antero-posteriori (eccettuato, si capisce, il basilare), accorciamento compensato dall'aumento di lunghezza dei diametri trasversi e dei longitudinali, non potendo il volume della testa scemare di tanto di quanto i diametri antero-posteriori sono stati compressi. Fra i diametri trasversi si allungheranno solo quelli della volta e fra i longitudinali quelli in rapporto con essa, perchè è la volta la parte essenzialmente plastica del cranio fetale. La misurazione di questi diametri non è priva di interesse, tanto più che l'assenza del tumore di parto sulla testa del feto ci permette di precisarli con maggior chiarezza che non nelle altre presentazioni. Per avere dei dati certi mi servii dei soli casi osservati in Clinica dal 1883 in poi e le di cui storie sono abbastanza esatte.

Considero dapprima i feti a termine e in ultimo dirò pochissime cose sugli ottimestri e sui settimestri.

Escludendo dai parti podalici a termine avvenuti in questo periodo di tempo quei casi appartenenti a feti morti, macerati e mostruosi e a

feti di cui non si conoscono tutti i diametri, ne raccolsi 30 che riporto nella tabella qui annessa (vedi tabella *A*). Su questi 30 casi ricercai la lunghezza media dei diametri della testa, del torace e della pelvi.

TABELLA *A*.

Numero progressivo	TESTA											TRONCO		BACINO		PESO DEL FETO
	Trasversali					Antero-poster.				Verticali						
	Bpa	Bpo	Bt.	Bm.	Bz.	DM.	Om.	Of.	Sob	Mf.	Smb	Sd.	Ba.	Sp.	Btr.	
1	98	—	95	—	—	—	140	115	108	90	110	95	122	70	100	3350 grammi
2	90	—	95	—	—	—	130	110	95	90	100	90	130	65	100	3800 »
3	95	92	90	84	70	130	120	110	110	95	108	70	145	60	90	3370 »
4	100	98	90	80	60	140	125	115	90	100	90	95	130	55	95	2800 »
5	95	92	85	85	70	120	120	112	105	75	90	95	130	65	95	3490 »
6	100	98	80	80	70	125	120	118	105	80	95	80	125	50	90	2860 »
7	98	91	85	78	71	129	124	109	97	84	100	82	122	54	95	3180 »
8	95	92	90	88	60	130	130	120	90	90	100	85	140	60	90	3180 »
9	96	92	90	80	72	138	130	100	100	90	108	80	120	55	102	3450 »
10	100	98	90	80	75	130	120	110	95	80	100	80	125	60	85	2990 »
11	82	80	78	70	65	120	115	110	90	80	95	80	110	55	90	2520 »
12	94	90	82	75	72	128	122	102	90	85	100	80	120	50	92	2770 »
13	98	96	88	75	70	130	125	120	100	85	95	90	115	50	90	3290 »
14	92	90	86	76	72	138	130	110	98	85	102	80	120	50	98	3340 »
15	98	91	85	78	71	129	124	109	97	84	100	82	122	54	95	3180 »
16	100	94	88	80	76	135	128	110	100	82	103	90	120	50	100	3510 »
17	94	92	84	78	75	138	130	112	98	82	100	95	125	60	100	3400 »
18	92	90	82	73	70	128	122	102	100	82	100	85	120	45	69	3200 »
19	94	92	80	75	72	130	120	105	100	80	98	90	115	48	95	2970 »
20	94	90	82	75	73	130	132	108	98	82	100	90	120	55	98	3150 »
21	90	88	82	75	70	130	122	105	90	80	98	85	115	48	90	2710 »
22	92	90	84	78	75	132	118	110	95	80	102	90	115	58	100	3250 »
23	92	90	82	75	75	135	128	108	98	80	98	85	120	55	102	3640 »
24	98	91	85	78	71	129	124	109	98	85	100	82	122	54	95	3185 »
25	93	90	81	77	75	135	120	108	97	80	98	70	124	50	100	2800 »
26	96	94	78	75	75	120	120	102	95	92	110	70	122	40	72	3450 »
27	92	90	80	75	75	125	120	110	95	90	105	70	120	50	98	3190 »
28	90	85	78	75	72	128	120	108	92	80	100	80	120	55	100	3020 »
29	94	92	86	78	75	110	110	98	88	80	100	70	105	55	85	2830 »
30	92	90	88	76	75	125	120	105	95	80	100	85	115	55	80	2800 »

Testa. — Relativamente ai diametri cefalici ottenni la media seguente:

Diametri trasversali		Diametri ant.-posteriori		Diametri verticali	
Bpa. . . . . mm.	97,7	DM. . . . mm.	129,2	Mf. . . . . mm.	84,25
Bpo. . . . . »	91,4	Om. . . . . »	123,59	Smb. . . . . »	100,18
Bt. . . . . »	85	Of. . . . . »	109		
Bm. . . . . »	78,30	Sob. . . . . »	96,9		
Bz. . . . . »	70,76				

Esaminiamo partitamente questi diametri riferendoci alle medie normali del Cuzzi (12) che tra tutte quelle conosciute sono le più accettabili.

Diametri trasversi. — *Biparietale anatomico:* sui 30 casi da me riportati, la lunghezza media è di mm. 97,7 cioè a dire mm. 5,7 in più del normale. Il Bpa più lungo misura 100 mm., come nei casi 4, 6, 10, 16 della tabella: di questi quattro feti uno solo (6.º) presenta un discreto sviluppo (3510 gr.); gli altri tre pesano rispettivamente 2800, 2860, 2990 gr. Se consideriamo quale dovrebbe essere la lunghezza del Bpa in un feto di questo peso, l'accrescimento reale di tale diametro è nel nostro caso considerevole. La lunghezza minima si nota nel caso 11: è di mm. 82 e si riferisce ad un feto di 2520 gr. L'aumento di più di 1[2 cm. nel Bpa non meraviglia, dal momento che esso deve risentire pel primo gli effetti del fenomeno plastico data la grande mobilità dei parietali.

Biparietale ostetrico: la media del Bpo desunta da 28 misurazioni, è di 91,4, maggiore, cioè del normale, per mm. 3,4. La cifra massima è di 98 mm. (10 più dell'ordinario) e si riscontra nei casi 4, 6 e 10: questi tre feti pesano 2800, 2860, 2290 gr., sviluppo che in tutt'altri casi non darebbe neanche un Bpo di 88 mm. Il Bpo minimo è di 80 e appartiene al N. 11 (2520 gr.), in cui per altro non si nota alcuna modificazione degna di rilievo nel resto dei diametri cefalici. L'aumento in lunghezza del Bpo non va di pari passo con quello anatomico, come dovrebbe andare attesi i punti da cui entrambi prendono origine; nei nostri casi i rapporti di accrescimento fra i due diametri sono instabili e ciò probabilmente in seguito a speciali condizioni di resistenza, spessore ecc. del parietale stesso.

Bitemporale: su 30 casi la lunghezza media è di 85 mm., val quanto dire 5 mm. in più del Bt. di un feto a termine. Il Bt. massimo è di 95 mm. (1 e 2) in feti abbastanza sviluppati (3350, 3800 gr.). Il minimo è di 78, come nei casi 11, 26 e 28 in cui il peso relativo è di gr. 2520, 3020, 3450. Sono frequentissimi poi i Bt. di 88 e 90 mm. anche con feti di 2800 gr. (N. 4). Esclusi i 3 casi di 78 e i 3 di 80 mm., i 24 feti che rimangono presentano tutti questo diametro più lungo del normale. Ove si pensi ai caratteri propri del temporale, tale allungamento non riuscirà indifferente.

Bimastoideo: la media fatta su 28 casi dà per risultato mm. 78,30, cioè una lunghezza di 3,30 superiore all'ordinaria. Il minimo è di 70 e si nota in un feto di 2520 gr. (N. 11) avente un biparietale anatomico di 82 mm. Un bimastoideo di 70 in rapporto ad un Bpa di 82 dev' essere assolutamente e relativamente maggiore del normale se si riferisce a quest' ultimo. Il massimo è di 88 in un feto di 3180 gr. con 95 di Bpa e 92 di Bpo (N. 8). In tal caso il Bm. è addirittura enorme. Dalla tabella risulta inoltre che il bimastoideo cresce conservando inalterato il rapporto col bitemporale. L'allungamento che si nota nel Bm. non si può certo riferire alle modificazioni che subisce la testa fetale, perchè, come esso non può esser ridotto in lunghezza nel travaglio essendo un diametro basilare, non può crescere neanche in seguito al fenomeno plastico. Tutto invece parla in favore di un allungamento primitivo che si accorda benissimo con la forma tondeggiante che assume la testa del feto nato pel podice. L'aumento di lunghezza del bitemporale non apparrà ora tanto eccessivo dato come base un Bm. più sviluppato.

Bizigomatico: il valore medio su 28 casi è di mm. 70,76, inferiore in altri termini di 4,24 al normale. Il Bz. minimo è di 60 nei N. 4 e 8 di cui il peso rispettivo è di gr. 2800 e 3180: in entrambi i feti tutti gli altri i diametri trasversi sono maggiori dell' ordinario. Il massimo che si riscontra nella maggioranza dei casi è dato da 75 mm., eguale cioè alla cifra media che ci serve come termine di paragone. Questo diametro Bz. è piccolo per sè e in rapporto agli altri e tale riduzione non può ascriversi neanche in tal caso ai fenomeni plastici, ma deve ritenersi primitiva in una buona parte di feti che si presentano per l'ovoide pelvico.

Diametri antero-posteriori. — Diametro massimo: la lunghezza di

mm. 129,2 da me riportata è inferiore alla norma di 5,8. Si trova il più lungo DM. nel N. 4, corrispondente ad un feto di 2800 gr. in cui sono aumentati tutti i diametri della testa. Il minimo è di mm. 110 (N. 29) in un feto di gr. 2830.

Occipito mentoniero: anche qui la lunghezza ordinaria è abbastanza ridotta e precisamente di mm. 6,4, essendo la mia media di 123,59. Il diametro Om. più lungo è di 140 e si osserva nel feto N. 1 che pesa 3350 gr., mentre il minimo appartiene al N. 2 ed è di 110 mm.

L'Om. assieme al DM. presentano il maggior grado di riduzione che si riscontri nei diametri cefalici del feto nato pel podice, e ciò si comprende facilmente dato il raddrizzamento della squama dell'occipitale che in parte contribuisce a rendere sferica la testa.

Occipito frontale: la media di 109 è di 1 mm. inferiore alla lunghezza ordinaria dell'Ofr. Il massimo si nota nel N. 8 e misura mm. 120: questo feto di 3180 gr. presenta un considerevole aumento degli altri diametri. Viene immediatamente dopo il N. 6 con un Ofr. di 108 mm. e anche qui gli altri diametri sono maggiori del normale, quantunque il peso del feto raggiunga appena 2860 gr. L'Ofr. minimo è di 98 mm. nel caso 29.

Sottooccipito bregmatico: la media di 96,9 corrisponde ad 1,9 più del normale. Questo allungamento avviene per la maggiore convessità che acquista la volta cranica in seguito alla riduzione della bozza posteriore. Il Sob. massimo è di 110 (N. 3) ed appartiene ad un feto di 3370 gr.; il minimo si osserva nel N. 29 ed è lungo 88 mm. È da notare che in parecchi casi quanto meno si è ridotto l'Ofr. tanto meno è cresciuto il Sobr. e viceversa: nei feti 4 e 8 infatti, in cui l'Ofr. ha raggiunto una lunghezza massima, il Sob. è minimo. Questa considerazione che si collega con quanto sopra è stato detto, ha pure un certo interesse in rapporto alle osservazioni successive.

Diametri verticali. — Mento frontale: è più lungo dell'ordinario di 4 mm. e 25: esso misura in media 84,25. Il Mfr. più lungo che io abbia riscontrato è di 10 cm. (N. 4) e il feto a cui questo diametro si riferisce presenta uno sviluppo della testa superiore alla media; il minimo è di 75 mm. (N. 5) in un feto di 3490 gr. In tutti gli altri casi il Mfr. corrisponde alla norma o la supera. Dato che la regione circostante al bregma si sollevi, quest'aumento nella lunghezza del Mfr. è spiegabile, ma più del Mfr. aumenterà il

Sottomento bregmatico che è in più diretto rapporto col bregma stesso. Pel Smb. ho trovato infatti mm. 100,18, cifra superiore di 5,18 alla media comune. In due feti (1 e 26) la lunghezza massima è di 110 mm.: il loro sviluppo eccede di poco quello ordinario (rispettivamente gr. 3350 e 3450). Il minimo è di 90 mm. nei casi 4 e 6 in cui per altro si nota una maggiore lunghezza del Mfr. e dell'Ofr.: nel primo si nota anche un allungamento del DM. con un Om. quasi eguale alla media.

Riduciamo tutti questi dati in una tabella da cui si possa rilevare complessivamente la differenza in più o in meno con le cifre normali:

Bpa.	Bpo.	Bt.	Bm.	Bz.	DM.	Om.	Ofr.	Sob.	Mfr.	Smb.	
92	88	80	75	75	135	130	110	95	80	95	Medie norm. (Cuzzi)
97,7	91,4	85	78,30	70,76	129,2	123,59	109	96,9	84,25	100,18	Mie osservazioni
+5,7	+3,4	+ 5	+3,30	−4,24	−5,8	−6,4	− 1	+1,9	+4,25	+5,18	Differenze

Oltre a questa differenza fra le due dimensioni e che si deve ascrivere in massima parte ai fenomeni plastici, ne esiste realmente una primitiva fra i diametri della testa del feto nato pel podice e quella del feto venuto all' esterno in altra presentazione? A questa domanda non si può rispondere se non confrontando, per così dire, il volume dell'una e dell'altra, perchè data la forma di entrambe e la modificazione dei loro diametri, non si può desumere un valore assoluto per ciascuno di essi. Per venire a quest' apprezzamento facciamo le medie delle cifre appartenenti alla mia serie e a quella normale e compariamole fra di loro. In tal modo si otterrà:

	Diam. trasv.	Diam. ant.-post.	Diam. verticali
Media normale .	82,00	117,50	87,50
Mie osservazioni	84,63	114,47	92,21
Differenza	+ 2,63	− 3,03	+ 4,71

Facendo ora la media delle medie sul complesso dei diametri trasversi, ant.-poster. e verticali, si ha:

Feti a termine nati pel podice:

Media complessiva dei diametri cefalici . . . 97,10

Feti a termine in genere:

Media complessiva dei diametri cefalici . . . 95,60

La cifra che appartiene ai feti nati pel podice è quindi maggiore della seconda, con una differenza in più di 1,50: ciò significa che la testa dei feti partoriti per la pelvi è realmente più voluminosa di quella degli altri, a parte tutte le modificazioni che essa ha subìto nei vari diametri lungo il travaglio. Un altro dato che a questo riguardo si dovrebbe prendere in considerazione è il peso medio dei feti che si riferiscono ai due gruppi sopra cennati. La cifra di 95,6 (2.ª serie) è ricavata da un numero di feti il di cui peso medio è di 3200 gr.; i 30 feti riportati nella nostra tabella offrono invece la media di gr. 3180. La differenza tra i due pesi non è che minima e potremmo anche non tenerne conto; tuttavia, se rifacciamo i nostri calcoli in base a 3200 gr. per avere un esatto confronto di tutti i termini delle due serie, la cifra di 97,10 ascenderà a 97,71. A parità di peso adunque la testa dei feti nati pel podice sarebbe più grossa della media di 2,11.

Non ho qui tenuto conto del sesso e della lunghezza del feto, nè del grado di primiparità o pluriparità, condizioni tutte che potrebbero avere una certa influenza sulla lunghezza dei diametri cefalici: ciò del resto è trascurabile dal momento che anche le medie prese da me come termine di confronto non fanno neanche tale distinzione. Ad ogni modo dirò che il numero dei maschi e delle femmine nati da primipare o da pluripare entrano quasi in egual numero nel complesso dei 30 feti della tabella.

L'aumento di volume che presenta la testa di un feto nato pel podice può venire in aiuto alla genesi della presentazione stessa specialmente in tutti quei casi nei quali è difficile trovare un momento etiologico che le si possa riferire. In tal modo ci troveremmo di fronte ad una testa molto grossa senza che perciò sia patologica, la quale può da sola costituire una causa essenziale di presentazione podalica restando mobile al disopra dello stretto superiore perchè poco riducibile, o, come appare più razionale, mettendosi per adattamento in rapporto con la porzione più espansa dell'utero, il fondo.

Anche il Budin (80), il Cantacuzène (81) ed il Pinard (28) avevano pensato ad una tale possibilità, anzi quest'ultimo, a proposito del parto podalico, dice di aver constatato in molte circostanze un maggior vo-

lume dei diametri cefalici, misurando accuratamente le diverse parti fetali.

Lo Charles (34) nei suoi rendiconti sulle presentazioni in genere, riferisce vari esempi di teste voluminose: fra tutte è notevole la seguente osservazione di cui l'autore garantisce l'esattezza:

Ofr.	mm.	131
Om.	»	152
Sobr.	»	121
Bp.	»	123
Bt.	»	86

Il feto in tal caso non presentava alcuna anomalia. Oltre a ciò, lo Charles dice di avere osservato qualche volta un diametro biparietale da 10 a 11 cm. e s'intrattiene su queste dimensioni considerandole principalmente sotto il punto di vista distocico. Invero noi siamo lungi dalle cifre dello Charles. Però se il volume della testa fetale non è in tutti i casi di presentazione pelvica maggiore di molto al normale, certe volte è così evidente da poter confermare quanto abbiamo detto sulla possibile inversione dell' ordinario accomodamento. Con molta probabilità nei casi 4, 6, 8, 10, 13, ecc. della tabella, sarà avvenuta la presentazione di podice in seguito al maggiore sviluppo del polo cefalico. A questo fatto intendevo appunto alludere quando dicevo che nei casi di ripetuta gravidanza podalica in cui non si riscontra alcun vizio di forma dell'utero, congenito od acquisito, si doveva pensare ad una conformazione tutta speciale del feto con prevalenza di volume dell'estremo cefalico. In tal modo riescirebbe anche facile interpretare il concetto dell'ereditarietà nel parto per l'ovoide pelvico, ammettendo, come oggi è dimostrato, la possibilità della riproduzione di certi dati tipi cranici nella stessa famiglia.

Passiamo ora in rapidissima rassegna i diametri del tronco, riferendoci sempre alle medie normali del Cuzzi.

Diametri toracici. — *Sterno-dorsale:* la media da me trovata sui 30 casi è di mm. 82,40 cioè a dire 12,6 in meno del normale. Lo Sd. minimo corrisponde a 70 mm. e si nota nei N. 3, 25, 26, 27, 29. Tra questi feti solo l'ultimo ha un Bacr. inferiore alla norma e pesa 2830 gr.; il Bacr. degli altri è uguale (27) o più lungo dell'ordinario (3, 25, 26). Nel caso 3 raggiunge mm. 145. Lo Sd. massimo è di 95 mm. (corrispondente alla media generale) con un Bacr. maggiore del comune.

Bisacromiale: la lunghezza media in questi 30 feti nati pel podice è di mm. 121,77, val quanto dire mm. 1,77 in più della media solita. Uno sguardo alla tabella ci dice come non esista un rapporto costante tra l'aumento di questo diametro e quello dello Sd., cosicchè spesso ad un Ba. massimo corrisponde uno Sd. minimo come nel N. 3 e 8. Il Ba. raggiunge la maggiore lunghezza nel N. 3 ed è di 145 mm.; la minima nel N. 29 (105 mm.).

Diametri pelvici. — Considero solo i diametri Sp. e Btr. Tralascio il sacro-tibiale perchè mi mancano i dati. Questo diametro del resto non avrebbe per noi una grande importanza, perchè capace di tale riducibilità da rimanere in ogni caso al disotto della lunghezza del Btr.

Sacro-pubico: media mm. 54,22, cioè 4,22 in più del normale. Il sacro-pubico più lungo è di 7 cm. nel caso 1; il più corto di mm. 40 nel N. 26 appartenente ad un feto di 3450 gr.

Bitrocanterico: la lunghezza media è inferiore a quella ordinaria per mm. 5,82 essendo pari, nei nostri casi, a mm. 94,18. Questo fatto non si può mettere in conto di un accorciamento per compressione lungo il travaglio, perchè il Btr. di 10 cm. difficilmente, per non dire quasi mai, si riduce di tanto, molto più poi non avendone il bisogno, data una normale conformazione della pelvi materna. Tale accorciamento si deve ritenere quindi con ogni probabilità come primitivo. Il Btr. minimo si nota nel caso 26 ed è lungo 72 mm., il massimo è 102 mm. come nei casi 9 e 23.

Riepiloghiamo queste cifre confrontandole con le medie normali:

	Sd.	Ba.	Sp.	Btr.
Medie normali . . .	95. —	120. —	50. —	100. —
Mie osservazioni . .	82. 40	121. 77	54. 22	94. 18
Differenza	— 12. 60	+ 1. 77	+ 4. 22	— 5. 82

Se ora confrontiamo tra di loro le medie che ne risultano abbiamo:

	Feti a termine in genere. Media complessiva.	Feti a termine nati pel podice. Media complessiva
Spalle	107. 20	102. 08
Bacino	75. —	74. 20

Da ciò si rileva che le spalle e il podice o per meglio dire il tronco in genere, è più piccolo nei feti che nascono pel podice che in quelli venuti all'esterno per altra presentazione. Questa piccolezza nella maggioranza dei casi, oltre ad essere assoluta, è anche relativa al volume della testa, come si nota nei N. 6, 26, ecc. Se questo dato fornito dai diametri del tronco si aggiunge a quelli ricavati dalla cefalometria, ne risulterà che il volume della testa, anche quando non è molto grossa, diventa tanto più considerevole quanto più piccolo del normale è il resto del corpo, onde anche una testa piccola potrà subire quella speciale inversione di adattamento, se è sostenuta da un tronco pochissimo sviluppato. A maggior ragione poi sarà possibile questo fatto se le due condizioni — volume minimo del podice e volume massimo della testa — si sommano. In tal caso, mi si permetta la frase, il feto sarà conformato a rovescio: invece di presentare la grande curvatura dell'ellisse in corrispondenza al podice, la presenterà all'estremo cefalico e quindi la presentazione pelvica.

Tra i feti della mia tabella, quelli del N. 6, 13 e 27 offrono principalmente questa speciale configurazione.

Si potrebbe obbiettare che la presentazione podalica stessa, se è mantenuta stabile per un certo tempo, può per ragioni abbastanza ovvie modificare in siffatta guisa il corpo del feto e che quindi tutto ciò che esso presenta è puramente secondario. Anche volendo ammettere questa possibilità e volendo negare qualsiasi importanza alla diminuzione spiccata del Btr., resta sempre da spiegare il notevole allungamento di certi diametri cefalici che non potrebbero raggiungere quella data lunghezza con la sola libertà acquistata dalla testa di crescere in tutti i sensi trovandosi in uno spazio più ampio.

Voglio infine aggiungere due parole sull'osservazione di Fritsch (71) e di Hecker (82) relativa ad una forma di testa tutta caratteristica in qualche feto nato pel podice e specialmente nelle primipare a termine. Si tratta di una testa a tipo dolicocefalo con vertice piatto, inclinato indietro: il Fritsch ammette che tale forma sia dovuta alla pressione costante che esercita il fondo dell'utero sulla volta cranica e che essa si adatti in ogni caso alla porzione superiore dell'utero come in uno stampo. La testa così fatta assumerebbe la stessa forma del cranio in presentazione di faccia e sarebbe in rapporto con le presentazioni pelviche protratte molto a lungo. In tal caso mancherebbe

qualsiasi fenomeno plastico propriamente detto, mentre viceversa la testa brachicefala dimostrerebbe la mancata influenza configurativa di azione prolungata. La dolicocefalia nel parto podalico si deve interpretare perciò come uno speciale fenomeno plastico avvenuto in gravidanza.

Nelle teste che presentano tale caratteristica la bozza occipitale sarebbe buttata all'indietro e il braccio di leva posteriore abbastanza pronunziato: il diametro Ofr. sarebbe più lungo del normale e, per la forma propria del cranio, il DM. non avrebbe più la prevalenza sull'Om. Entrambi poi non sarebbero raccorciati in confronto allo sviluppo dell'Ofr. Anche il Smbr. potrebbe essere meno lungo che nelle condizioni ordinarie e ciò secondo il grado di appiattimento della volta. A questo tipo corrisponderebbe il N. 8 della mia tabella e in grado meno avanzato il N. 13 e il 17, quantunque in essi, oltre alla dolicocefalia, si noti un aumento assoluto nel volume del cranio: in tutti e tre i casi l'Ofr. è più lungo della norma. Si aggiunga altresì che questi tre feti son nati da primipare a termine.

Accennerò ora di volo ai diametri dei feti ottimestri e settimestri nati pel podice. Anche qui, come in quelli a termine, si vede la prevalenza del volume della testa in confronto alle dimensioni ordinarie che si notano nelle altre presentazioni, prevalenza che in certi feti è evidentissima. Per non dilungarmi trascrivo i risultati dedotti dall'osservazione di 12 feti nati all'8.° mese e di 6 al 7.° dei quali ho tutti i dati perchè appartengono alla stessa serie dei 30 a termine già riferiti. Anche qui sono esclusi tutti i feti premorti, macerati e mostruosi.

8.° mese:

MEDIA DEI DIAMETRI DELLA TESTA.

Trasversali					Antero-posteriori				Verticali	
Bpa.	Bpo.	Bt.	Bm.	Bz.	DM.	Om.	Ofr.	Sob.	Mfr.	Smb.
89. 83	79. 27	72. 16	72. —	65. —	125. 81	118. —	105. 25	93. 25	79. 83	94. 50
Media 75. 65					Media 110. 57				Media 87. 16	

La media delle medie è uguale a 91. 12.

MEDIA DEI DIAMETRI DEL TRONCO.

Spalle: Sd. 76. 66 / Ba. 109. 83 } Media complessiva 93. 24 | Bacino: Sp. 51. 50 / Btr. 84. — } Media complessiva 67. 75

Il peso medio dei feti dai quali son ricavate queste cifre è di gr. 2478.

7.° mese:

MEDIA DEI DIAMETRI DELLA TESTA.

Trasversali					Antero-posteriori				Verticali	
Bpa.	Bpo.	Bt.	Bm.	Bz.	DM.	Om.	Ofr.	Sob.	Mfr	Smb.
81. 66	78. 33	73. 66	67. 16	60. 50	115. 50	107. 16	96. 33	82. 33	72. —	87. 16
Media complessiva 72. 26					Media complessiva 99. 33				M. compl. 79. 58	

La media delle tre serie di diametri è di 83. 72.

MEDIA DEI DIAMETRI DEL TRONCO.

Spalle: Sd. 67. 16 / Ba. 96. 33 } Media complessiva 81. 74 | Bacino: Sp. 42. 50 / Btr. 75. 16 } Media complessiva 58. 83

Il peso medio di questi feti è di gr. 1606.

Quantunque il numero dei feti sia abbastanza scarso per poterne trarre degli apprezzamenti che non si allontanino molto dal vero, tuttavia, anche in base a questi soli dati messi in rapporto con le condizioni normali, possiamo constatare una per una tutte quelle modificazioni relative alla testa e al tronco a cui precedentemente ho accennato a proposito dei feti a termine e che tralascio qui di ripetere. Queste cifre servono inoltre a confermare il fatto che quanto più ci allontaniamo dal termine della gravidanza, tanto più cresce la differenza tra il volume della testa e quello del podice, nel senso che il podice si fa sempre più piccolo in confronto alla testa nei feti immaturi. Difatti, paragonando le cifre ottenute per la testa e per la pelvi fetale nei vari mesi di gravidanza e facendone i relativi rapporti, si ha:

A termine: Testa 97. 10 / Pelvi 74. 20 } Rapporto di 12. 90 | 8.° mese: Testa 91. 12 / Pelvi 67. 65 } Rapporto di 23. 47

7.° mese: Testa 83. 72 / Pelvi 58. 83 } Rapporto di 24. 89

Il contrario avviene per le spalle, le quali presentano un maggior volume quanto più il feto è immaturo, così da avvicinarsi gradatamente alle dimensioni della testa verso il 7.° mese. La loro differenza infatti è massima a termine di gravidanza:

A termine:	Testa 97.10	— 5.7	8.° mese:	Testa 91.12	— 2.12
	Spalle 102.80			Spalle 93.24	
7.° mese:	Testa 83.72	— 1.98			
	Spalle 81.74				

Pria di passare ad altro argomento tengo a far rilevare che gli apprezzamenti ai quali son venuto in base alle fatte medie vanno più rigorosamente limitati a quei casi tipici in cui le cennate cause di presentazione podalica si offrano in modo così pronunziato da esercitare un'influenza etiologica preponderante, limitazione che non esclude però il carattere generale degli apprezzamenti stessi. Ciò sia perchè come precedentemente ho detto e come risulta dall'annessa tabella, non manca qualche caso in cui non si riscontra il detto rapporto tra volume cefalico e volume pelvico, sia perchè in altri casi, pur riscontrandosi, è però così poco sensibile da essere neutralizzato o vinto da altre e diverse cause concomitanti agenti in senso differente.

Sesso. — Partendo dal fatto che i feti si presentano più facilmente per l'ovoide podalico quanto meno sono sviluppati, dovrebbero nascere pel podice a parità di condizioni, più femmine che maschi, giacchè lo sviluppo delle une è inferiore in media a quello degli altri.

Per non dilungarmi su quest'argomento che si riferisce in gran parte allo studio delle dimensioni fetali prese assieme, mi limito solo a far notare che i miei risultati non confermano tale asserzione aprioristica: essi fanno rientrare senz'altro nella media stabilita pei parti in genere, il rapporto che esiste tra i sessi dei due feti che nascono pel podice. Si ha difatti: maschi N. 189, femmine N. 158, non si conosce il sesso per avanzata macerazione in 2 casi; totale N. 349. Una femmina sta ad 1.19 maschi. L'Inverardi (10) invece avrebbe trovato il rapporto inverso: su 314 feti, compresi anche i gemellari, nati pel podice, si sarebbero avuti 151 maschi e 163 femmine.

Obliquità fetale. — Se si ritiene l'obliquità fetale come una causa che ostacola la fissazione della parte presentata e che rende perciò il feto alquanto mobile sullo stretto superiore, si deve pure considerare,

per ciò che antecedentemente è stato detto, come capace di dar luogo ad una presentazione podalica. I casi di obliquità fetale da me raccolti sul complesso dei 349 parti podalici non sono tanto numerosi; ascendono a 10, cioè a dire al 2.8 0[0. Si noti che tra questi figurano quei soli casi in cui l'inclinazione era tanto spiccata da potere esercitare una vera influenza sulla presentazione pelvica: sono state eliminate perciò tutte le obliquità che si potevano considerare come normali o come lievemente esagerate. In questi 10 casi l'obliquità era 9 volte a destra, una volta a sinistra e quasi sempre, per la direzione propria del feto, era la superficie laterale esterna dell'ovoide pelvico che si metteva in rapporto con lo stretto superiore. In una XIpara poi si dovette ricorrere alla fasciatura eutocica per fissare in basso l'estremo podalico che, malgrado tutto, tentava di risalire portando il moncone della spalla all'ingresso del bacino.

8 di queste obliquità appartenevano a pluripare; 2 a Ipare. Delle pluripare 2 erano IIpare, 1 IIIpara, 1 IVpara, 2 VIpare e 2 XIpare — 9 volte la gravidanza era a termine, 1 volta a 7 mesi e in tal caso si trattava di una Ipara. Dei feti a termine il più piccolo pesava 2880 gr., gli altri presentavano un minimo di 3157 gr. e un massimo di 3614. Un feto poi pesava gr. 4746 senza essere per nulla anomalo. La loro lunghezza era su per giù identica alla normale.

Nei miei casi adunque l'obliquità (che si è riscontrata con maggior frequenza nelle pluripare, perchè in esse l'utero può più facilmente inclinarsi) ha dato luogo, in modo quasi esclusivo, alla presentazione di podice quando la gravidanza è stata a termine e quando i feti hanno raggiunto il massimo grado di sviluppo.

Quanto ho detto per l'obliquità fetale valga anche per l'uterina.

Mostruosità fetali. — Raggruppo sotto questo unico titolo tutte quelle anomalie di sviluppo che ho riscontrato nel complesso dei casi da me raccolti e li trascrivo qui, partendo dal fatto che certe mostruosità fetali offrono un largo contributo alla genesi della presentazione podalica: l'idrocefalia, ad esempio, ne è una prova evidente.

Sui 349 casi di parto podalico semplice ho notato 11 feti mostruosi, in uno dei quali non si potè stabilire il genere della mostruosità; essi si dividono nel seguente modo:

Idrocefali	4
Anencefali (di cui uno con spina bifida) . .	5

Spina bifida 1
Mostruoso (?) 1

A questi feti se ne aggiunga uno ascitico e uno con idrotorace, che potrebbero in qualche modo mettersi in rapporto col genere della presentazione. A compimento di ciò, e a semplice titolo di curiosità, aggiungo anche il caso di un feto monocolo. Intorno ai 4 idrocefali è bene spendere qualche altra parola: 3 di essi erano accompagnati da polidramnios, in uno la quantità di liquido amniotico era appena maggiore del normale. Un caso poi appartiene ad una donna con vizio pelvico di primo grado (pelvi piatta con cm. 8,4 di CV.). Si noti altresì che uno dei feti idrocefalici e con polidramnios era anche ascitico. Non mi fermo su questa particolarità giacchè è abbastanza studiata la concomitanza del polidramnios e dell'ascite nei feti mostruosi e negli idrocefali in ispecie. Dei 4 feti idrocefalici tre erano a termine, uno all' 8.° mese, i primi appartenevano a molto-pluripare, l'ultimo ad una Ipara. Tutti poi pesavano meno di 2500 gr., tranne l'ascitico che raggiungeva i 3440. Riassumo questi dati nella presente tabella:

IDROCEFALI.

1.°	A termine	IVp. (32 anni)	2401 gr.	Cm. 50. 60	Maschio	Polidramnios.
2.°	»	XIXp. (44 anni)	3440 »	» 45. —	Femmina	Idem. Il feto era ascitico.
3.°	»	VIp. (30 anni)	2415 »	» 46. 50	Femmina	Idem. Pelvi piatta con cm. 8,4 di CV.
4.°	8.° mese	Ip. (17 anni)	2450 »	» 48. —	Maschio	Acque poco più abbondanti del normale.

È risaputo il meccanismo per il quale gli idrocefali si presentano spesso pel podice. La testa più voluminosa del rimanente del corpo si adatta nella porzione superiore dell'utero e se il feto rimane in questa situazione fino al momento del travaglio, il podice, che trovasi in basso, verrà all'esterno pel primo. In altri casi è la testa che pel suo volume non può fissarsi in corrispondenza dello stretto superiore e il feto inverte l'ubicazione dei suoi poli. È perciò che Hohl notò (83) 15 presentazioni podaliche su 77 feti idrocefali e che Cassinat (84) su 28 vide soltanto 21 presentazioni di vertice. Pinard (28), senza specificare il numero, dice di avere osservato parecchie volte la presentazione di podice nell'idrocefalia e Inverardi (10) su 301 feti nati per l'ovoide pelvico ne

riporta 3 casi. Ciò equivarrebbe all' 1 0[0, media completamente identica alla mia (1. 1 0[0).

Nei 4 casi da me riferiti, oltre all' idrocefalia pura e semplice, vi sono altri fattori che concorrono alla genesi della presentazione podalica: notiamo infatti il polidramnios, la piccolezza del feto, la pluriparità e il vizio pelvico che contribuiscono efficacemente e in diversi modi, ad allontanare la testa dallo stretto superiore. Si sa poco invece del rapporto che esiste tra anencefalia e parto podalico. Soltanto nella statistica di Mangiagalli (2) trovo citato uno di questi casi accompagnato da idramnios su 66 presentazioni pelviche. Io ne ho raccolti 5 e tale cifra mi sembra degna di rilievo dal momento che l'anencefalia non è una forma tanto frequente: l'Hecker (82) infatti, su 1460 parti in genere, trova un solo caso di questa mostruosità.

Stando ai miei risultati si troverebbe quindi un egual numero di idrocefali e di anencefali che nascono pel podice, anzi quest' ultimi sarebbero in maggior copia. Comunque sia, riferisco qualche particolare intorno a questi feti. A parte la spina bifida che complicava un caso di anencefalia, si notò 4 volte il polidramnios: non si sa nulla riguardo alla quantità di liquido amniotico appartenente al 5.° feto. In un altro caso poi si ebbe una placenta previa marginale; 4 volte i feti erano settimestri, uno fu espulso a 6 mesi e 1[2; il loro sviluppo fu sempre deficiente, tranne una volta in cui si ebbe un peso di 2712 grammi. In media questo peso non oltrepassò i 1400 gr. e presentò un minimo di gr. 678. Il feto con meningo-encefalocele appartiene ad una VIIpara; degli altri, 2 a Ipare e 2 a IIpare, tutte di 24 anni. Un fatto poi curioso è quello del sesso: si tratta sempre di femmine e sono femmine anche 2 degli idrocefali.

ANENCEFALI.

1.°	Ip. (24 anni)	Femmina	7 mesi	1045 gr.	Cm. 33. —	—
2.°	Ip. (24 anni)	»	7 mesi	818 »	» 29. 70	Notevole polidramnios.
3.°	IIp. (24 anni)	»	7 masi	678 »	» —	Polidramnios. Placenta previa margin.
4.°	VIIp. (37 anni)	»	6 m. e 1[2	1350 »	» 31. —	Polidramnios.
5.°	IIp. (24 anni)	»	7 mesi	2712 »	» 35. 10	Idem.

Non posseggo dati sufficienti nè sulla varietà dell' anencefalia nè sui diametri fetali e specialmente delle spalle, per poter dire in qual

modo il feto sia riuscito a presentarsi pel podice: senza dubbio però la mancanza d'impegno della testa, l'eccessivo sviluppo del cinto scapolare, la placenta previa (caso N. 3), ecc., ecc., avranno esercitato tutta l'influenza di cui sono capaci e ciò senza tener conto della piccolezza del feto, dello stato di contrattilità dell'utero, della prematuranza, del polidramnios, ecc.

Non m'intrattengo sugli altri casi. Noto solo che il feto con spina bifida era a termine, pesava 3200 gr. ed apparteneva ad una pluripara e che il feto ascitico di 2118 gr. si presentò pel podice in una Ipara con una pelvi piatta di cm. 8,4 di CV.

Polidramnios. — Si deve all'eccessiva mobilità che viene a godere il feto, se nei casi di polidramnios si nota spesso la presentazione pelvica: secondo lo Charpentier (85), infatti, su 78 casi di polidramnios si sarebbe osservato 9 volte questo genere di presentazione. Siccome nel complesso dei miei 349 parti podalici non sono segnati con tutta cura i dati che si riferiscono a tale argomento, così mi valgo di 66 casi di cui ho le storie, dai quali sono stati eliminati tutti quelli appartenenti a gravidanze al disotto del 6.° mese. Su questi 66 casi ho trovato: 5 volte oligoidramnios, 19 volte polidramnios e 42 volte liquido amniotico normale.

In una tra le 19 donne con polidramnios, il liquido oltrepassava il volume di 6 litri. Secondo queste mie cifre, i casi di polidramnios ammonterebbero al 20.8 0[0, cioè a dire 1 polidramnios su 3.47 parti podalici. Se compariamo questo rapporto con quello desunto dalle gravidanze in genere, che è dato da 1 : 125, non possiamo negare l'influenza che l'aumento di quantità del liquido amniotico esercita sulla presentazione dell'ovoide pelvico. I 19 casi di polidramnios si notarono 6 volte nelle Ipare, 12 volte nelle pluripare e 1 volta in una donna di cui non si ebbe alcun dato relativo al numero delle gravidanze.

Sulle 12 pluripare 6 avevano avuto per lo meno 6 parti precedenti: una di queste era XIpara. Nascerebbe da ciò il rapporto di una primipara sta a 2 pluripare, ben lontano da quello di 5 : 28 ammesso per l'idramnios nei parti in genere. Nelle presentazioni di podice anche la Iparità adunque, accoppiata al polidramnios, avrebbe una certa influenza: se a questa aggiungiamo poi il fattore non indifferente della pluriparità, comprenderemo meglio il perchè della presentazione podalica nei casi sopra accennati. Nè questo è tutto: il parto nelle 19

donne con polidramnios avvenne 11 volte a termine, 4 volte all'8.° mese, 2 al 7.° e 2 al 6.° Tra i feti a termine (non mi occupo degl'immaturi) 3 soli pesavano più di 3000 grammi (3400, 3150, 3020); tutti gli altri erano al disotto di 2900 grammi. Inoltre dei 19 feti 3 erano macerati ed uno era mostruoso.

Oltre al polidramnios in sè, agiscono quindi molte altre circostanze la di cui azione si somma a quella del primo, rendendola più efficace.

Placenta previa. — Sui 349 casi di parto podalico semplice si ebbero 341 placente normalmente inserte e 8 previe, il che darebbe una proporzione del 2 0[0 circa, non del tutto trascurabile stando alla comune percentuale delle placente previe nei parti in genere. La maggior frequenza delle presentazioni di podice nei casi di placenta previa, va collegata alla mobilità che acquista il feto in seguito all'ostacolo che esso incontra a livello del segmento inferiore: il disco placentare o un segmento di esso, impediscono alla parte presentata di fissarsi e il feto, se altre condizioni vi concorrono, potrà anche invertire la presentazione primitiva.

Tra le 8 placente previe da me riferite 6 furono centrali, una marginale sinistra e una laterale sinistra: tutte quante appartenevano a pluripare, una delle quali XIIpara. Nelle 6 centrali il parto avvenne 3 volte a termine, 1 volta all'8.° mese e 2 volte al 7.°; nella marginale al 7.° mese, nella laterale a termine. Relativamente al peso dei feti si ebbe:

A termine	gr. 2560 » 2230 » 2800	8.° mese 2430	7.° mese 678 1280	6.° mese 1030 690

Anche nei casi di placenta previa, come in quelli di polidramnios, di mostruosità, ecc., vi sono adunque delle altre condizioni che favoriscono la presentazione di podice: qui, infatti, oltre alla speciale influenza esercitata dall'inserzione abnorme della placenta, vediamo entrare in giuoco la pluriparità, la piccolezza del feto e l'immaturità di esso. Aggiungerò infine che in un caso, a parte la placenta normalmente inserta, si notò una piccola placenta succenturiata di 8 cm. di diametro, con circolazione propria. La donna era pluripara ed il feto pesava 3450 grammi. In un secondo caso appartenente ad una Ipara si rinvenne un grosso cotiledone succenturiato, di cui non si conosce la

grandezza: il feto a termine era di 3370 gr. Non sappiamo nulla intorno alla probabile sede nè dell'una nè dell'altro: sarebbe quindi un volere azzardare riferendo ad essi l'avvenuta presentazione di podice.

Giri di cordone attorno al corpo del feto. — Ai giri di funicolo attorno al collo del feto, specialmente quando il cordone è breve e la placenta in sede normale, si attribuisce una certa importanza per la genesi della presentazione podalica, giacchè in tali casi il feto rimarrebbe per così dire impiccato al fondo dell'utero e non potrebbe presentarsi in altro modo che per l'estremo pelvico. A questo proposito viene generalmente citato il caso del Truzzi (86) in cui si aveva un cordone di 55 cm. avvolto al tronco, al disotto dell'ascella e al collo del feto: di questi 55 cm. solo 13 andavano dalla nuca del feto già macerato alla faccia fetale della placenta. L'espulsione venne immediatamente seguita dal secondamento e il feto portava sul capo, come un ombrello, il disco placentare.

Un caso presso a poco dello stesso genere venne illustrato dal Casati (87), il quale vide nascere pel podice un feto che presentava 5 giri di cordone attorno al collo. Identiche osservazioni ci vengono riferite da molti altri autori, parecchi dei quali citati dallo stesso Truzzi. Tale disposizione del feto entro l'utero non s'incontra che in pochissimi casi: generalmente è un'ansa o due del cordone che girano attorno al collo senza impedire perciò che il feto si possa muovere. Tutto al più i movimenti attivi non potranno essere molto estesi nel senso di permettere una completa evoluzione del feto, ma, data una normale inserzione della placenta, essi potranno aver luogo con maggior facilità nella porzione superiore dell'utero che non nell'inferiore. È in questi casi appunto che con molta probabilità la testa può rimanere in alto, sia primitivamente, sia in seguito all'intervento di uno tra i molteplici fattori capaci di creare una presentazione stabile (accrescimento del feto, contrazioni uterine, ecc.).

Sugli stessi 66 casi di prima ho trovato 9 volte l'attorcigliamento del funicolo attorno al corpo del feto. Tra questi 9 casi il cordone girava 6 volte attorno al collo, 1 volta attorno al collo e alla spalla e 2 volte sugli arti inferiori. Tale cifra corrisponderebbe al 13.4 0[0, cioè a dire un caso di circolari su 7 casi di parto podalico, da cui, volendo essere più esatti, dovremmo escludere i due feti in cui il funicolo avvolgeva le gambe. Se riscontriamo qualcuna fra le principali

statistiche che si occupano dei giri di cordone nei parti in genere (tutte le presentazioni complessivamente) troviamo delle percentuali su per giù identiche alla nostra; le più accreditate anzi la superano di molto. Facendo astrazione delle cifre del Guillemont (88) e del Richter (89) i quali rispettivamente stabiliscono sul proposito il 2 0[0 (370 casi di circolari su 1727 parti) e il 4. 48 0[0 (27 su 624), abbiamo il Siebold (90), che dà il 15 0[0 (21 in 137) e il Mayer (91) che sale al 19. 2 (685 su 3587, cioè 1 su 5). Lo Charles (34) stabilisce il 22. 3 0[0 avendo trovato su 344 parti 77 casi di circolari, di cui 67 volte al collo, 9 al tronco e 1 agli arti e questa statistica, dai più accettata, si accorda pienamente con quella del Kluge (92) (23. 7 0[0, cioè 63 su 268). Da ciò si deduce che l'attorcigliamento del cordone attorno al feto non è poi tanto frequente nella presentazione di podice quanto si crede e che solo in certi casi esso può far sospettare di avere spiegato una vera influenza sulla presentazione stessa.

Dei 9 casi che ho riportato, 5 appartenevano a feti a termine, 1 all'8.° mese, 2 al 7.°, 1 al 6.° I cordoni ombelicali avevano le seguenti lunghezze:

FETI A TERMINE.

1.° Cordone di 72 cm. — avvolto per 2 giri al collo del feto (IVpara).
2.° » 72 » — » » 1 giro » » (Ipara).
3.° » 75 » — » » 1 » » » (Ipara).
4.° » 59 » — » » 2 giri » » (IIpara).
5.° » 48 » — » sul piede sinistro . . . (Ipara).

8.° MESE.

1.° Cordone di 30 cm. — avvolto per 1 giro al collo del feto (IIpara).

7.° MESE.

1.° Cordone di 47 cm. — avvolto per 2 giri al collo e 1 alla spalla (IIpara).
2.° » 40 » — » 1 giro al collo.

6.° MESE.

1.° Cordone di 45 cm., avvolto per 2 giri alla gamba destra in corrispondenza della regione malleolare e per un solo giro ai due arti insieme. (La gamba destra, a livello dei malleoli, è più assottigliata della sinistra e il cordone è sottile e stirato). XIIpara.

Casi identici si notano anche in talune delle altre mie presentazioni podaliche e che non riporto perchè privo di tutti i dati necessari. Accenno solo a due di questi casi, in uno dei quali si videro 3 circolari al collo e nell'altro 3 al collo e 1 al tronco. Come si può vedere da questo quadro, ad eccezione del feto ottimestre in cui il cordone era breve per sè stesso e diventava molto più breve in seguito alla circolare, gli altri funicoli, relativamente all' epoca della gravidanza, sono superiori alla lunghezza normale. Questo fa ammettere che i giri rispettivi non li avranno accorciati di tanto da sospendere il feto creando una presentazione podalica immutabile.

All' azione propria dei giri di cordone attorno al collo del feto si collega quella della brevità assoluta del funicolo e in entrambi i casi la presentazione di podice avrebbe luogo per lo stesso meccanismo. Ho raccolto, escludendo sempre i feti macerati e quelli al disotto del 6.° mese, le cifre relative alla lunghezza assoluta di 72 cordoni e ho trovato le medie seguenti:

Feti a termine	cm.	63
» all' 8.° mese	»	47
» al 7.° »	»	49
» al 6.° »	»	41

Tra i feti nati a termine due soli presentarono un funicolo al disotto di 50 centimetri (cm. 45-46); tutti gli altri furono superiori alla norma. — Tra i feti nati all'8.° mese, 3 cordoni erano inferiori a 40 cm. (cm. 30-36-39) gli altri li sorpassavano. — Nei settimestri si ebbe un cordone di 36 centimetri e i rimanenti al di là di 40.

In nessun caso poi, ho visto una brevità tale da essere per sè sola degna di rilievo.

Tutte queste cifre si accordano perfettamente con quanto sopra è stato detto intorno alla brevità relativa del funicolo, senza negare però che in qualche caso essa abbia influito sulla presentazione di podice.

Versione spontanea. — Fra i 349 casi di parto podalico semplice es ne è avuto uno in seguito a versione spontanea. Si trattava di una pluripara (VIp.) di 35 anni, a termine, il di cui feto si presentava per la spalla: a borsa ancora integra, sotto le prime contrazioni, il feto di 2768 gr. e lungo cm. 45,4, sostituì l'ovoide pelvico al piano laterale

e il parto si espletò regolarmente. Questo caso, rarissimo per quanto si voglia, dimostra come la versione spontanea rappresenti una tra le tante cause di presentazione pelvica anche quando la gravidanza è giunta al termine. Nei feti immaturi la versione spontanea è invece più frequente: Valenta (93) stabilisce che in tali casi il 9 0[0] delle presentazioni iniziali del tronco si trasformino in podaliche.

Dissi che il caso da me riportato è abbastanza raro perchè è il solo che si abbia sulle 349 presentazioni pelviche e sulle 8603 in genere. Si noti che a tale riguardo non tengo assolutamente conto dell'evoluzione spontanea che darebbe una percentuale più rilevante. Soltanto l'Hubert (37), in base ad un gran numero di statistiche, perviene ad una cifra su per giù identica alla mia (1 caso su 8363 parti in genere), mentre tutti gli altri autori, citati dallo stesso Hubert, se ne allontanano di molto. Così il Ricker che dà una versione spontanea su 22,000 parti (10 in 220,000), il Busch 1 su 3090 (2 in 6180), il Kleinwächter 1 su 669 (5 in 3345), il Künh 1 su 1930 (9 in 17,370), lo Spaeth 1 su 2504 (5 in 12,523), l'Hausmann 1 su 9281 (4 in 36,966), ecc., ecc. Queste cifre si riferiscono alla versione spontanea cefalica e podalica prese assieme, tranne quelle dell'Hausmann, che valgono solo per questa ultima. Quindi il valore di esse verrà di molto modificato, tenendo conto della sola versione pelvica e pensando che questa è di gran lunga meno frequente che la cefalica.

Con la versione spontanea ho finito d'intrattenermi sui due gruppi di cause che favoriscono la presentazione pelvica e di dire sul loro riguardo quanto si è potuto ricavare dal complesso dei 349 parti podalici. Non sarebbe fuor di proposito riassumere sommariamente tutto ciò che si riferisce a questa parte etiologica e cercare di raggruppare in un quadro unico i particolari più salienti di ciascuna delle cause prese in esame. Per brevità però me ne astengo, accontentandomi solo di concludere in pochissime parole.

Tra le cause materne che principalmente agiscono sulla genesi del parto podalico, conviene annoverare le alterazioni congenite e acquisite dell'utero e la gravidanza multipla; alla pluriparità non si deve annettere tutta quell'importanza che in genere le si attribuisce, senza escludere affatto che anch'essa vi partecipi in una certa misura. Relativamente ai vizi pelvici si deve tener presente che il numero non è maggiore a quello stabilito per altre presentazioni, che i dati

riferibili al bacino piatto non confermano le idee sostenute da alcuni ostetrici e che invece la pelvi totalmente ristretta (1.° e 2.° grado, simmetrica e asimmetrica) ha, più delle altre, un valore indiscutibile sulla genesi del parto podalico, specialmente se accoppiata alla primiparità.

L'influenza esercitata dalla professione della donna gravida non merita considerazione. L'ereditarietà, senza alcun altro fattore concomitante da parte dell'organismo materno, si può mettere in rapporto con una speciale conformazione del feto (e molto più del cranio), suscettibile di trasmettersi nella stessa famiglia.

Maggiore interesse hanno le cause appartenenti al gruppo fetale. Si vede infatti che mentre è dato discutere su talune cause materne o è dato accettarle con debite riserve, tutto quello che invece si riferisce al contenuto uterino spiega una reale influenza sulla genesi della presentazione podalica, così da far ritenere che il feto contribuisca più della madre nel condurre in basso l'ovoide pelvico. In questo gruppo si ha difatti la prematuranza, la piccolezza e la morte del feto, che rappresentano, per così dire, il nucleo dell'etiologia della presentazione di podice. Non hanno meno interesse poi le mostruosità fetali, il polidramnios e la placenta previa. I giri di cordone attorno al collo danno luogo alla presentazione pelvica in quei soli casi in cui il funicolo si accorcia in modo notevole. Delle altre cause, dirò così, secondarie non mi occupo. Tutti questi fattori danno come effetto ultimo un'eccessiva mobilità del feto entro l'utero o un'inversione del normale adattamento tra contenente e contenuto; essi, com'è facile capire, agiscono qualche volta a piccoli gruppi, ma per lo più intervengono isolatamente, allo stesso modo che nelle altre presentazioni.

Il Liegehn (43) e il Fritsch (71) asserirono che nella maggior parte delle presentazioni podaliche la causa è oscura e da taluni si volle perfino tentare una statistica che desse la percentuale del numero dei casi in cui non esiste alcun momento etiologico riferibile all'avvenuta presentazione di podice. Così, ad esempio, come dice il Koettnitz (16), il Klövekorn trova una spiegazione accettabile soltanto nel 43 0[0 dei parti podalici, il Reichmann non sa interpretarne il 18 0[0, ecc.

Si può benissimo ammettere che per qualche caso di presentazione podalica rimanga oscuro il fattore etiologico e ciò non può arrecar meraviglia dal momento che anche per altre questioni cliniche abbastanza conosciute sotto qualunque punto di vista, manca spesse volte

una spiegazione accettabile; ma da questo all' ammettere che per la maggior parte delle presentazioni pelviche la causa sia sconosciuta, ci corre di molto. Se stiamo alle percentuali antecedentemente riportate vediamo come per 100 presentazioni podaliche, 26 (trascrivo delle cifre rotonde) abbiano trovato la loro causa nella macerazione del feto, 21 nella prematuranza, 20 nel polidramnios, 11 nei vizi pelvici, 3 nelle mostruosità fetali, 2 nella placenta previa, 2 negli uteri patologicamente conformati, il che equivale ad un totale di 85, senza contare i 10 per 100 appartenenti alla ripetizione del parto pel podice nella stessa donna, e tutto l'enorme numero di feti che per il loro speciale sviluppo (caratteri riferibili al peso, alla lunghezza, alla conformazione cranica), costituiscono una causa prevalente nella genesi della presentazione medesima. Si noti poi che qui non figurano tutti gli altri fattori etiologici e prima fra essi la gravidanza gemellare.

Con ciò si potrebbe dire che di cause ne abbiamo a disposizione fin troppe per valercene come meglio ci fa comodo; basti accennare che nella grandissima maggioranza dei casi non manca mai o l'eccessiva mobilità del feto o l'inversione del suo normale accomodamento; l'asserzione del Klövekorn, adunque, è per lo meno esagerata. Del resto a me pare che tale argomento sia stato ormai abbastanza sviscerato da tutti gli ostetrici e che sulle linee generali di esso rimanga ancora poco da aggiungere.

Decorso della gravidanza.

Sul decorso della gravidanza ho pochissimo da dire. A proposito dell'etiologia ho riportato il numero delle donne che hanno partorito a termine e di quelle in cui la gravidanza si è interrotta in modo abortivo o prematuro: per le cifre che vi si riferiscono rimando il lettore al capitolo precedente.

Intorno all'epoca del parto messa in relazione con l'ultimo periodo menstruo non ho che pochi dati sui quali perciò preferisco non intrattenermi.

Oltre alla durata della gestazione, ho accennato pure, parlando dell' etiologia, alle obliquità uterine e fetali, ai casi di polidramnios, ai feti macerati ecc., ecc., argomenti tutti che si collegano con questo del decorso e che converrebbe riscontrare pei rapporti che assumono

con la gravidanza podalica. — Facendo astrazione da tutti questi casi, aggiungerò brevemente quegli altri che prima d'ora non sono stati menzionati e ciò a semplice titolo di resoconto.

Nefrite con edemi diffusi.

1.° Ipara, di anni 19. Diviene anasarcatica lungo il 7.° mese di gravidanza e dopo parecchi giorni è sopraffatta da ripetuti accessi eclamptici. La gravidanza s'interrompe subito.

2.° Ipara, 29 anni. Anasarcatica, entra in Clinica all'8.° mese. Dopo un giorno di degenza avviene il parto spontaneo. (Incisioni superficiali al piccolo labbro destro).

3.° IIpara, 29 anni. È accettata al 5.° mese di gravidanza; gli edemi si accentuano e al 6.° mese partorisce.

4.° Ipara, 25 anni. Il parto avviene al 7.° mese. L'anasarca non era molto pronunziato.

5.° IIIpara, 24 anni. Trattandosi di una nefrite abbastanza grave, si provoca il parto all'8.° mese e mezzo, con l'introduzione di una candeletta.

6.° Ipara, 40 anni. Anche in questo caso, per la nefrite, s'interrompe artificialmente la gravidanza all'8.° mese.

Edemi limitati ai genitali esterni.

1.° Ipara, 22 anni. Partorisce a 7 mesi e mezzo.

2.° IIpara, 30 anni. Parto a termine.

Malattie varie.

1.° Ipara, 19 anni. Da vario tempo soffre di febbri intermittenti. — Il parto si avvera all'8.° mese.

2.° Ipara, 32 anni. Febbre continua in gravidanza. — Partorisce a termine.

3.° IIIpara, 28 anni. Febbre continua in gravidanza. — Entra in travaglio all'8.° mese.

4.° Ipara, 21 anni. Febbre malarica con interruzione della gravidanza al 6.° mese.

5.° IVpara, 26 anni. Catarro bronchiale (congestione pulmonale e asistolia). — Il parto avviene al 4.° mese e mezzo.

6.° IVpara, 25 anni. Pleurite essudativa. — All'8.° mese si espleta il parto.

7.° Ipara, 28 anni. Entra in Clinica affetta da meningite cerebro-spinale; dopo 4 giorni dà alla luce un feto ottimestre.

8.° Donna di 35 anni, di cui non si può conoscere il numero delle gravidanze pregresse. A 7 mesi e mezzo viene accolta nell'Istituto e lo stesso giorno partorisce. Da poco tempo era colpita da anemia perniciosa progressiva.

9.° XIpara, 40 anni. Steno-insufficienza mitralica in gravidanza. — Si provoca il parto a 8 mesi per le condizioni in cui versa la donna.

10.° IVpara, 29 anni. Gastralgia. — Aborto a 4 mesi.

11.° Vpara, 38 anni. Cotilite destra. Tubercolosi pulmonale. — Parto a termine.

12.° IIpara, 23 anni. Sifiloderma papuloso all'ano e alla vulva. — La gravidanza s'interrompe spontaneamente al 6.° mese.

13.° IIpara, 32 anni. Sifilide. — Parto a 6 mesi.
14.° VIIpara, 31 anni. Sifilide. — Parto a 7 mesi.

Disturbi della sfera genitale.

15° IIIpara, 29 anni. Emorragia da placenta previa lungo gli ultimi 15 giorni della gravidanza. — Parto anticipato.
16.° IIpara, 24 anni. Verso il 7.° mese insorge emorragia per placenta previa. — Il giorno dopo si espleta il parto.
17.° IIpara, 30 anni. Emorragia da placenta previa lungo gli ultimi 15 giorni della gravidanza. — Parto anticipato di pochi giorni.
18.° Ipara, 28 anni. Fibromioma dell' utero. Questo caso è stato pure accennato nel capitolo dell'etiologia. Il tumore preesisteva alla gravidanza tanto che, lungo la gestazione, venne praticato fuori della Clinica il sondaggio uterino perchè si rigettava l'idea dell'avvenuto concepimento. La sonda penetrò senza difficoltà per 20 centimetri circa. Il tumore al 3.° mese di gravidanza misurava 22 centimetri nel senso verticale e 12 nel trasverso. — La donna entra in Clinica alla fine del 5.° mese e in travaglio. (L'addome è disteso da una tumefazione che nella sua metà sinistra è assai consistente, di durezza lapidea. Nella metà destra subisce alternative di consistenza in relazione coi dolori da cui è assalita la donna. Durante le pause si sente incertamente una piccola parte palleggiabile. Col parto, che non ha nulla di speciale, scompare, riducendosi quasi completamente, la metà destra della tumefazione che invadeva l'addome mentre resta immutata la metà sinistra. Il parto non è seguito da emorragia. Il tumore andò continuamente scemando di volume nel puerperio e sembrò abbassarsi nello scavo).
19.° Xpara, 40 anni. Reliquati di parametrite. — Aborto al 5.° mese
20.° Ipara, 35 anni. Cervicite. — Interruzione della gravidanza al 6.° mese.
21.° IIpara, 28 anni. Ematuria in gravidanza da probabili varici della vescica. — Si provoca l' aborto al 6.° mese. (Questo caso è stato illustrato dal dott. Tridondani) (93*).

Osteomalacia.

1.° IVpara, 30 anni. L' osteomalacia era in corso da 3 anni. In quest'ultima gravidanza la donna fu costretta a guardare il letto per 7 mesi continui. — A termine si estrae il feto col taglio cesareo.
2.° IIIpara, 33 anni. Passò tutta la gravidanza a letto per dolori intensissimi nelle ossa del bacino. — Parto a termine.

Tralascio i casi d'interruzione della gravidanza pei quali, secondo l'anamnesi, si potrebbe invocare qualche causa probabile e quelli di rachitismo la di cui cifra ho già riportato a proposito dei vizi pelvici.

Non mi permetto nessuna considerazione su tutti questi casi, nè voglio neanche dare un gran peso alla posizione orizzontale a cui la donna ammalata è stata costretta per un certo tempo della gravidanza, mettendola in rapporto coll'avvenuta presentazione di podice.

Presentazioni e posizioni.

Non mi fermo sulla descrizione delle singole varietà nella presentazione di podice e quindi degli atteggiamenti che assume il feto in rapporto con esse. È ormai generalmente accettata la divisione della presentazione pelvica in completa ed incompleta e di quest'ultima in varietà natiche, piedi, ginocchi e mista, perchè io vi spenda qualche parola. Se vogliamo intrattenerci sulla frequenza delle singole varietà, non possiamo fare a meno di riportare le cifre degli ostetrici che per i primi si occuparono di tale questione; intendo specialmente parlare del Baudelocque, di M.me Lachapelle, di M.me Boivin, ecc. Però, nelle loro statistiche, la presentaz. di podice è semplicemente divisa in « presentaz. delle natiche, dei piedi e delle ginocchia: » la presentazione pelvica completa, stando ai casi da loro riferiti, viene compresa in gran parte nella varietà natiche; nessun accenno della varietà mista.

La frequenza di queste varietà si può così riassumere: il maggior numero di parti pel podice avvengono in varietà natiche (comprendendovi anche i casi di presentazione d'ovoide podalico completo), segue immediatamente le varietà piedi e ultima fra tutte le varietà ginocchi. Baudelocque (19), infatti, dal 10 Dicembre 1797 al 31 Luglio 1806, raccoglie 12,605 feti, dei quali 348 nati pel podice: di questi 198 presentarono le natiche (o i piedi addossati alle natiche), 147 i piedi e 3 le ginocchia. Calcolando complessivamente le cifre riportate da M.me Lachapelle (30) nella 2.a Tavola del 1.o Volume (15,652 feti con 586 Pr. P.) e nella Tavola delle posizioni del 2.o Volume (22,243 feti con 804 Pr. P.), si hanno, sopra un totale di 37,895 feti, 1390 presentazioni di podice, delle quali, escludendo 4 casi incerti, 837 appartengono alla varietà natiche (e podal. completa insieme), 538 alla varietà piedi e 11 soltanto alla varietà ginocchi. Per quest'ultima, quindi, si avrebbe il rapporto di 1 su 3445 parti in genere.

M.me Boivin (25), su 20,517 feti ne vide 611 nascere per l'ovoide pelvico; 373 si presentarono per le natiche, 234 per i piedi e 4 per le ginocchia. A risultati identici arrivano quasi tutti gli ostetrici d'allora, così:

Bland (21)	(1897	donne con	54	Pr. P.)	delle quali	36	in v.	natiche	e	18	in v. piedi
Merriman (31)	(1800	»	65	»)	»	42	»	»		23	» »
Boer (24)	(6555	»	175	»)	»	106	»	»		68	»

ecc. ecc.

Queste cifre che appartengono, per dir così, all' ostetricia di una volta, non possono più contentarci perchè non danno il vero rapporto che esiste tra tutte quelle varietà che oggidì noi ammettiamo, e ciò specialmente volendo considerare a parte la presentazione podalica completa e la varietà natiche. Ci apprestano invece un materiale sufficiente gli autori di quest' ultimi tempi, secondo i quali la varietà natiche sarebbe preponderante su tutte le altre.

Se da un canto non esiste più discussione sulla maggiore frequenza della varietà natiche in rapporto alla varietà piedi e ginocchi, ritenendo quest'ultima come la più rara (Braun (18) su 20000 1 sola Pr. P. in varietà ginocchi, Siebold, come dice lo stesso Braun, su 4161, 2 varietà ginocchi, ecc.), dall'altro non può dirsi altrettanto per la varietà natiche rispetto alla presentazione podalica completa. Parecchi hanno fatto rilevare come il numero delle presentazioni podaliche incomplete, varietà natiche, sia inferiore a quello delle complete; citerò fra tutti il Berruti (4), che su 45 presentazioni di podice ne trova 30 complete e 15 incomplete e l'Etienne (20), che studiando il parto podalico nella maternità di Nancy, arriva ai seguenti risultati:

61	volte	il	podice	completo	82	0[0
12	»	»	incompleto,	varietà natiche . .	16	»
1	»	»	»	» piedi. . .	1,37	»
Niente ginocchi.						

Truzzi (11), su 329 casi di parto podalico semplice riporta:

173	volte	la	present.	podalica	completa	52,5	0[0
145	»	»	»	incompleta	varieta natiche	44	»
7	»	»	»	»	» piedi		
2	»	»	»	»	» ginocchi		
1	»	»	»	»	» mista.		

Sono più numerosi invece gli autori che ammettono il fatto contrario; secondo quest' ultimi il primo posto, per ordine di frequenza, spetta alla varietà natiche che la vincerebbe anche sulla presentazione completa di podice. Accennerò principalmente al Dubois (36) che su 2020 donne vide 85 presentazioni podaliche, 5 delle quali appartenevano al podice completo, 54 alla varietà natiche e 26 alla varietà piedi. Secondo queste cifre anche la varietà piedi avrebbe la precedenza sulla presentazione completa.

Porak (55) riporta, su 108 feti nati pel podice e vivi al momento del travaglio, 75 osservazioni che si riferiscono al nostro argomento cioè a dire 27 casi di presentazione completa e 48 d'incompleta; di quest'ultimi 37 si riferiscono alla varietà natiche, 8 alla varietà piedi e 3 alla varietà ginocchi con uno o entrambi i ginocchi nello scavo. (Evidentemente in quest'ultima categoria figura anche qualche varietà mista). Il Koettnitz (16), poi, su 74 presentazioni podaliche, dice di aver visto 56 var. natiche. Se accettassimo infine le idee dello Charles (34) dovremmo credere che la varietà natiche e la varietà piedi siano le più frequenti di tutte e che l'ultimo posto sia tenuto dal podice in massa e dalla varietà ginocchi che, a quanto pare, si equivarrebbero. Su 40 presentazioni podaliche egli infatti stabilisce:

26 Natiche
12 Piedi
1 Podice in massa
1 Ginocchi.

Non vogliamo spingerci però tant'oltre; riteniamo solo con la maggioranza degli autori che di tutte le presentazioni podaliche, complete o incomplete, la varietà natiche è la più frequente.

I risultati a cui son pervenuto sotto questo punto di vista sono i seguenti: su 349 feti nati pel podice si potè stabilire la diagnosi certa della varietà di presentazione in 330 di essi, nei quali si notò:

Presentaz.	podal.	completa			N. 57	volte
»	»	incompleta, varietà natiche .			» 221	»
»	»	»	»	piedi , .	» 26	»
»	»	»	»	ginocchi .	» 6	»
»	»	»	»	mista . .	» 20	»
				Totale	N. 330	

(Nella varietà mista si osservò 19 volte il piede e la natica, 1 volta il ginocchio e il piede). Queste cifre si debbono però accogliere con una certa riserva perchè moltissime appartengono ad un'epoca in cui una distinzione così fatta della presentazione podalica non esisteva. Per avere un quadro che rispecchiasse le idee attuali sul proposito, ho raccolto invece tutti i casi riscontrati in Clinica, a partire dal 1870, dal quale anno in poi la diagnosi è stata fatta secondo le nostre ve-

dute. Ho tenuto conto dei soli feti nati a termine, all'8.° e al 7.° mese. Presentazioni podaliche N. 109:

Complete		N. 39	— 36.6 0[0
Incomplete	var. natiche . .	» 56	— 51.3 »
	» piedi . . .	» 3	— 2.7 »
	» ginocchia .	» 2	— 1.8 »
	» mista . . .	» 9	— 8.2 »
		N. 109	

Come si vede la differenza tra le due serie di cifre è notevole, almeno per ciò che si riferisce alla frequenza della presentazione completa e della varietà natiche.

Nella Clinica pavese adunque, secondo i miei risultati, occuperebbe il 1.° posto per ordine di frequenza la presentazione incompleta varietà natiche, seguirebbe immediatamente la presentazione dell'ovoide podalico in massa, 3.° la varietà mista, 4.° la varietà piedi e 5.° la varietà ginocchi. Anche qui la varietà ginocchi è la più rara.

In quanto alla genesi di queste varietà si sa abbastanza. Tutti gli ostetrici, partendo dal fatto che la presentazione di podice primitiva e tipica è la completa (quella cioè in cui il feto penetra nello scavo con le natiche e i piedi contemporaneamente), fanno dipendere da questa le incomplete che nascerebbero dalla deviazione dell'atteggiamento normale che presenta l'estremo podalico. Se immaginiamo per un momento un feto in presentazione completa dell'ovoide pelvico e un poco deviata per obliquità uterina, non ci meraviglieremo se all'inizio del travaglio insorgano delle resistenze ineguali sui vari segmenti della parte presentata, e che quindi le natiche o i piedi o entrambi assieme impuntino sul contorno dello stretto superiore, modificandosi nell'atteggiamento primitivo. La deviazione uterina, il volume dell'ovoide presentato, la disparità degli elementi che lo costituiscono, contribuiscono in massima parte a rendere ineguali queste resistenze. È perciò che se la resistenza è massima dal lato dei piedi le natiche sole s'immetteranno nello scavo e i piedi saranno obbligati a rialzarsi (varietà natiche); se è massima dal lato delle natiche saranno cacciati in basso gli arti inferiori mentre la massa pelvica fetale rimarrà sulla linea innominata, e se piedi e natiche appoggiano sullo

stesso lato del bacino, le cosce si defletteranno e le ginocchia scenderanno nello scavo.

Se tutto questo è vero, le presentazioni podaliche incomplete debbono riscontrarsi con maggior facilità in quei casi in cui le resistenze si presumono massime e specialmente nelle Ipare e nei feti a termine.

Le mie ricerche sul proposito conducono ai seguenti risultati:

Presentazione	Totale	A termine	Immaturi	8.° mese	7.° mese	6.° mese	5.° mese	4.° mese	
Podalica completa .	57	24	33	14	7	11	—	1	Mancano i dati appartenenti alla var. mista e a tutti quei casi in cui non fu possibile stabilire con certezza la varietà della presentazione o la posizione.
Podaliche incomplete: var. natiche .	204	136	68	28	29	8	3	—	
Podaliche incomplete: » piedi . .	26	15	11	4	5	1	1	—	
Podaliche incomplete: » ginocchi.	6	4	2	1	—	—	1	—	

Ricavando da queste cifre le percentuali relative si ha:

Present. pod. complete 1 feto a term. su 1. 79 imm. cioè 42. 10 % di feti a term.

Incomplete	var. natiche	1	»	»	0. 5	»	»	66. 66	»	»
Incomplete	» piedi	1	»	»	0. 73	»	»	57. 69	»	»
Incomplete	» ginocchi	1	»	»	0. 5	»	»	66. 66	»	»

Non volendo attribuire a tali risultati un valore che effettivamente non avrebbero, data l'epoca alla quale appartiene il maggior numero di queste osservazioni, ripeto anche qui i calcoli in base ai 109 parti podalici che dal 1870 vanno a tutto il 1895. Ricordo che tra i 109 feti non sono compresi quelli al disotto del 7.° mese, perchè eliminati ad arte:

Presentazione	Totale	A termine	Immaturi	8.° mese	7.° mese
Podalica completa	39	21	18	11	7
Podalica incompleta. . var. natiche	56	40	16	9	7
Podalica incompleta. . » piedi	3	1	2	—	2
Podalica incompleta. . » ginocchi	2	1	1	1	—
Podalica incompleta. . » mista	9	8	1	1	—
	109	71	38		

Il che significa:

Present. pod. completa 1 feto a term. su 0. 85 imm. cioè 53. 8 0[0 di feti a term.
Incompleta var. natiche 1 » » 0. 4 » » 71. 4 » » »

Tralascio le percentuali delle altre varietà perchè si basano su pochissimi casi. Accenno solo alla varietà mista in cui si noterebbe un feto a termine su 0,12 immaturi, cioè l'88. 8 0[0 di feti a termine. Un semplice sguardo a queste cifre ci fa convinti che nella presentazione podalica incompleta (qualunque sia la varietà) vi sono più feti a termine che nella completa, o, in altre parole, che i feti a termine si presentano più facilmente in una varietà della presentazione podalica che con l'ovoide pelvico in massa. Gli immaturi abbondano invece nelle presentazioni complete del podice.

Questo fatto si può mettere benissimo in relazione con quanto è stato detto dagli autori sulla genesi delle varietà podaliche: è logico difatti che un feto voluminoso debba incontrare maggior numero di resistenze che tendano a scomporre l'atteggiamento normale della sua estremità pelvica, di quello che ne possa risentire un feto meno sviluppato. Si aggiunga che in quest'ultimo vi è meno bisogno (o non ve ne è affatto) della riduzione del diametro sacrotibiale e quindi le prime contrazioni uterine lo immetteranno direttamente nello scavo senza punto modificarlo. Aggiungerò poche altre osservazioni sul proposito e che si riferiscono al numero di Ipare e pluripare appartenenti alle singole varietà:

Presentazione		Ipare	Pluripare	Totale
Podalica completa		22	35	57
Podalica incompleta	var. natiche	102	102	204
	» piedi	14	12	26
	» ginocchi	2	4	6
	» mista	8	12	20

cioè a dire:

Presentaz. podalica completa . . . . . Ipare 38. 5 0[0
» » incompl. varietà natiche . » 50. 0 »
» » » » piedi . . » 53. 8 »
» » » » ginocchia » 33. 3 »
» » » » mista . . » 40. 0 »

Per la varietà natiche, da un certo numero di casi raccolti a partire dal 1868, si avrebbe il 52. 1 0[0] di Ipare.

Queste percentuali dimostrano come nelle Ipare si avverino più facilmente le presentazioni pelviche incomplete che non le complete; le natiche e i piedi sarebbero le varietà più frequenti sotto questo punto di vista. Secondo queste osservazioni, adunque, alla Iparità e alla maturità del feto non si potrebbe negare una certa importanza nella genesi delle presentazioni podaliche incomplete.

Se non vi è più alcun dubbio che tutte le varietà della presentazione podalica incompleta siano secondarie, rimane ancora qualche cosa da dire sulla varietà natiche che in certi dati casi può essere ritenuta come primitiva. Su tale riguardo non ho un materiale sufficiente che possa permettermi una risposta concreta. A me pare tuttavia che questa idea messa avanti da qualche autore, debba prendersi in seria considerazione attesi i particolari che spesso si riscontrano nella varietà natiche. Io, per es., su 69 casi di parto podalico per le natiche (raccolti dal 1868 in poi ed escludendo i feti macerati ed abortivi), potei vedere il 72 0[0] circa di feti a termine e un numero di maschi superiore al normale in rapporto a quello delle femmine (maschi 40, femmine 29, cioè 1 femmina sta a 1. 38 maschi), inoltre dei 69 casi 36 appartenevano a Ipare e 33 a pluripare (52. 1 0[0] delle prime). Molti apprezzamenti si potrebbero fare in base a queste cifre. L'obliquità uterina e quindi la fetale non possono essere nella varietà natiche tanto spiccate perchè il maggior numero di donne sono primipare, e ciò costituirebbe una deficienza nel principale fattore che dà luogo alle presentazioni pelviche secondarie; a questo si aggiunga la ristrettezza della porzione inferiore dell'utero che costringe il feto a rialzare gli arti se vuole adattarsi in uno spazio tanto limitato e l'impegno precoce della parte presentata che avviene quasi sempre quando trattasi di primipare. Come si sa, tutti i casi d'impegno lungo gli ultimi tempi della gravidanza si riferiscono indistintamente a presentazione di podice in varietà natiche (Budin) (80); questa varietà, che si è stabilita spontaneamente senza l'intervento cioè delle contrazioni uterine e dell'obliquità fetale, non può ritenersi secondaria nel vero senso della parola perchè all'inizio del travaglio le sole natiche occuperanno l'ingresso del bacino, come l'hanno di già occupato anche molto tempo prima del periodo preparante. A parte tutto questo, perchè non pen-

sare che in qualche caso vi possa essere un atteggiamento, diciamo così, anomalo dell'ovoide pelvico in seguito al quale le natiche siano costrette a presentarsi da sole? E con ciò non voglio ricorrere a delle ipotesi strane, sapendo con quanta frequenza possa variare l'atteggiamento del feto entro l'utero. Nella Clinica ostetrica di Pavia, per non parlare di altre osservazioni conosciute nella letteratura, esiste ad esempio una sezione di donna gravida morta e congelata il di cui feto presenta per caso un arto inferiore completamente rialzato come nella varietà natiche: se questo feto, che trovavasi con la testa in basso, si fosse presentato pel podice sulla donna viva, avremmo creduto ad una varietà mista indubbiamente secondaria per resistenze incontrate dall'arto sulla linea innominata. Potremmo rivolgerci un'altra domanda: sull'atteggiamento normale o sulle possibili modificazioni a cui questo atteggiamento può andare incontro, può spiegare una certa influenza il sesso del feto od eventualmente lo stato dei suoi genitali? Il numero dei maschi che si presentano in varietà natiche, considerato per sè e in rapporto alle altre varietà è preponderante, e ciò potrebbe condurre ad un ordine speciale di osservazioni su cui non è dato intrattenermi. Potremmo anche credere che in parecchi casi, trattandosi nella massima parte di feti a termine, le gambe difficilmente possano estendersi all'inizio del travaglio, data la lunghezza della tibia e il volume del tronco fetale; per alcuno di questi feti eccessivamente sviluppati la varietà natiche potrebbe essere primitiva. Molte altre considerazioni sarebbero possibili, ma ci troveremmo sempre nel campo delle ipotesi per l'insufficienza del materiale clinico.

In quanto alle posizioni molto vi sarebbe da dire se si volessero riportare tutte le classificazioni che vi si riferiscono e tutte le cifre della maggior parte degli autori. Per non dilungarmi mi fermerò soltanto alla classificazione unica, che prende come punto di repere sul feto il sacro per la presentazione podalica completa e per le singole varietà dell'incompleta e mi occuperò esclusivamente della SA, DP, DA, SP, ST e DT. È da notare però come taluni, e specialmente lo Charles (34), ritengano impossibile la posizione trasversa del feto pel fatto che la natica posteriore, non potendo rimanere in contatto col promontorio, è costretta a scivolare dal lato destro o sinistro del bacino. Secondo tutti gli ostetrici, fra queste posizioni la SA e la DP prese insieme hanno la prevalenza sulla DA e SP complessivamente; la SA è poi

molto più frequente della DP. Il loro ordine di frequenza è precisamente quello che più sopra ho riferito, quantunque lo Stoltz (70) avesse voluto disporle nel seguente modo: 1.° SA, 2.° DP, 3.° SP, 4.° DA, anteponendo cioè la SP alla DA, rapporto che non venne ulteriormente confermato. Non parlo della Boivin (25), secondo la quale si dovrebbe avere 1.° SA, 2.° DA, 3.° sacro-pubica, 4.° sacro-sacrale. Già dalle cifre del Baudelocque (19) si ricava come la 1.ª posizione, che egli dice caratterizzata dal dorso del feto rivolto a sinistra, sia superiore per numero a tutte le altre; difatti su 348 presentazioni di podice egli riporta 204 prime posizioni, 129 seconde, 7 terze, 7 quarte e una incerta. M.me Lachapelle (30) su 1390 presentazioni podaliche dà la posizione di 1289 feti in questo modo: 756 volte il dorso è stato rivolto dal lato sinistro della madre, 494 volte dal lato destro, 13 volte in avanti e 26 indietro. Naegele (94) su 163 parti per la pelvi conta 121 casi con dorso in avanti e a sinistra, 40 con dorso a destra e indietro, e il Dubois su 85 presentazioni di podice ne riporta 41 sacro sinistre e 44 sacro destre nel seguente specchietto:

41 SIS	anter.	29	44 SID	anter.	15
	poster.	12		poster.	29
		41			44

cioè a dire: SA N. 29; DP 29; DA 15; SP. 12, e trascrivendo le sue stesse percentuali:

SA	— 1	caso	su	2. 81	parti
DP	— 1	»	»	3	»
DA	— 1	»	»	5	»
SP	— 1	»	»	7	»

Depaul (33) ci offre una bellissima statistica sul riguardo. Sopra 16,233 parti egli osserva 633 presentazioni di podice; in 191 di esse la posizione è sconosciuta. Ne rimangono 442 così divise:

274 SIS	anter.	185	168 SID	anter.	23
	poster.	15		poster.	85
	?	74		?	60
		274			168

I casi segnati con punto interrogativo sarebbero in parte dubbi e in parte riferibili a posizioni trasverse.

Raggruppando insieme le cifre del Berruti (4) relative alla presentazione podalica completa e all'incompleta si ha:

SA	— 24	o 1	caso	su	1.80	parti
DP	— 10	» 1	»	»	4.30	»
DA	— 7	» 1	»	»	7.20	»
SP	— 4	» 1	»	»	10.80	»

risultati perfettamente identici a quelli del Bruers (7) di Bologna.

Il quadro riportato dall'Inverardi (10) pei suoi casi di parto podalico è il seguente:

1. SA	— 163	volte	= 52.5	0[0
2. DP	— 83	»	= 26.4	»
3. DA	— 44	»	= 14	»
4. SP	— 14	»	= 4.4	»
5. DT	— 2			
6. ST	— 2			
Incerte	— 6			
	N. 314			

In questo specchietto son comprese le posizioni dei feti gemelli nati pel podice.

Altre due statistiche ed ho finito:

Mangiagalli (2)		Etienne (20)	
SA	28	SA	42 = 63 0[0
DA	16	DP	21 = 31 »
DP	10	DA	4 = 6 »
DT	4	SP	niente.
SP	2		
ST	1		N. 67
Non indicata	5		
	N. 66		

Tra tutte queste cifre, che su per giù si accordano nei risultati ultimi, le sole del Mangiagalli presentano un rapporto che si allontana un poco dall'ordinario.

Trascriverò ora per sommi capi le mie osservazioni relative a questo argomento. Sui 349 parti podalici semplici si conobbe la po-

sizione 309 volte; in 40 casi la diagnosi rimase incerta o non si potè fare:

SA . . . 161 = 52.1 0[0 (identica a quella dell'Inverardi)
DP . . . 100 = 32.3 »
DA . . . 33 = 10.6 »
SP . . . 14 = 4.5 »
DT . . . 1

N. 309

statistica conforme alle altre già conosciute e secondo la quale

la SA sta alla DP come 1.60 : 1
» » » » DA » 4.37 : 1
» » » » SP » 11.5 : 1

La prima di queste proporzioni si avvicina a quella di Hecker (82) 1.47 : 1. Raggruppando queste cifre secondo le varietà della presentazione di podice si ottiene:

Presentazione	SA		DP		DA		SP		DT	
	Totale	0[0	Totale	0[0	Totale	0[0	Totale	0[0	Totale	0[0
Pres. pod. completa	28	53.6	11	21.1	8	15.3	5	9.6	—	—
Pres. podalica incompleta: var. natiche .	113	54.8	70	33.9	18	8.7	4	1.9	1	—
» piedi . .	10	40.0	7	28.0	4	16.0	4	16.0	—	—
» ginocchia	2	—	1	—	2	—	1	—	—	—
» mista . .	8	40.0	11	55.0	1	5.0	—	—	—	—
Totale . .	161	—	100	—	33	—	14	—	1	—

La frequenza delle posizioni non subisce modificazioni di sorta con le diverse varietà e il rapporto è sempre identico alle medie generali, specialmente nella varietà natiche. In questo genere di presentazione colpisce poi l'esiguo numero di SP, mentre nella varietà piedi esso raggiunge il massimo. Ho ripetuto i calcoli sulla frequenza delle singole posizioni in rapporto alla primiparità o pluriparità e all'epoca della gravidanza e ciò separatamente per ciascuna presentazione. Non ho trovato a tale riguardo nessun fatto che si allontani dalle medie sopra riferite. Accennerò soltanto che nella presentazione podalica completa

le Ipare mostrano più facilmente la SA e la DP che la DA e la SP, mentre nelle pluripare ciò accade con minor facilità e che il fatto inverso si osserva nella varietà piedi, in cui la differenza tra le due posizioni che stanno in rapporto con l'obliquo sinistro prese complessivamente e le due in rapporto con l'obliquo destro è minima nelle primipare ed è massima nelle pluripare. Nella varietà natiche le SA e le DP sommate assieme si equivalgono perfettamente nelle Ipare e nelle pluripare, quantunque la loro disposizione sia invertita nel senso che la SA è più frequente nelle Ipare che nelle pluripare, nelle quali invece notasi un maggior numero di DP. Sono esattissimi poi i dati relativi alla DA e SP nelle une e nelle altre. In quanto all'epoca della gravidanza si può dire che le SA sono più frequenti nei feti a termine che negli immaturi, sebbene ciò non possa applicarsi alla varietà natiche, considerata a parte. Tutti questi dati sono raccolti in unica tabella dalla quale si possono dedurre altre osservazioni di minore importanza che per brevità tralascio di esporre.

Frequenza delle posizioni secondo la primiparità e la pluriparità nella presentazione podalica completa e incompleta.

		Posizione	Primipare		Pluripare	
				0/0		0/0
Presentazione podalica completa		SA	11	55	17	53.1
		DP	5	25	6	18.7
		DA	2	10	6	18.7
		SP	2	10	3	9.3
Podalica incompleta	var. natiche	SA	60	58.8	53	51.9
		DP	32	31.3	38	37.2
		DA	8	7.7	8	7.7
		SP	2	1.8	2	1.8
		DT	—	—	1	0.9
	var. piedi	SA	7	53.8	3	25
		DP	1	7.6	6	50
		DA	3	23.07	1	8.3
		SP	2	15.3	2	16.6

Non riporto i dati della varietà ginocchi e della mista perchè poco numerosi.

Frequenza delle posizioni secondo la primiparità e la pluriparità e l'epoca della gravidanza (fino al 7.° mese).

	Pres. podalica completa				
	Posizione	Totale	Primipare	Pluripare	
a termine (22 casi)	SA	14	6	8 =	63.6 % di SA nei feti a term.
	DP	5	3	2	
	DA	3	1	2	
	SP	—	—	—	
8 mesi (13 casi)	SA	5	1	4 =	38.4 %
	DP	2	—	2	
	DA	3	1	2	
	SP	3	2	1	
7 mesi (10 casi)	SA	4	2	2	
	DP	2	1	1	
	DA	1	—	1	

	Varietà natiche				
	Posizione	Totale	Primipare	Pluripare	
a termine (136 casi)	SA	77	45	32 =	56.6 % di SA
	DP	46	20	26	
	DA	9	4	5	
	SP	3	2	1	
	DT	1	—	1	
8 mesi (28 casi)	SA	17	9	8 =	60.7 %
	DP	9	5	4	
	DA	2	1	1	
7 mesi (29 casi)	SA	12	5	7 =	41.3 %
	DP	12	6	6	
	DA	4	2	2	
	SP	1	—	1	

	Varietà piedi				
	Posizione	Totale	Primipare	Pluripare	
a termine (14 casi)	SA	5	3	2 =	35. 7 0[0
	DP	4	—	4	
	DA	3	2	1	
	SP	2	1	1	
8 mesi (4 casi)	SA	1	1	=	25 »
	DP	2	—	2	
	SP	1	1	—	
7 mesi (5 casi)	SA	3	2	1	
	DP	1	1	—	
	SP	1	—	1	

Tralascio anche qui la varietà ginocchi e mista.

Non mi trattengo neanche sulle presentazioni pelviche inclinate, alle quali tempo fa si dava un grandissimo peso così da ritenerle come altrettante varietà della stessa presentazione dopo quelle già menzionate. Dissi altrove che i casi tipici d'inclinazione fetale da me riscontrati erano 10 e ne descrissi le particolarità. Aggiungo qui che in due di quei casi, oltre all'inclinazione laterale, se ne riscontrava una sacrale non indifferente, e ciò in pluripare e a termine. La Lachapelle (30) parla di una obliquità anteriore o pubica che, secondo le proprie osservazioni, sarebbe più frequente della posteriore e della laterale. Fra tutti i miei casi non ne figurano di simili.

(Continua).

Dott. BASILIO BONARDI

Taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli

IN DONNA A TERMINE CON BACINO PIATTO-RACHITICO

ESITO FELICE PER LA MADRE E PEL FETO

Il 7 Maggio di quest'anno, verso le 10 pom., si presentava al mio domicilio un operaio muratore, richiedendo l'opera mia per sua moglie in sopraparto. Mi portai subito in luogo, distante dalla città quasi un'ora, dove mi attendeva quell'egregio medico condotto, dott. Gio. Battista Fraschina, il quale mi informò che, chiamato presso la partoriente, aveva fatto inutilmente diversi tentativi di estrazione del feto mediante il forcipe.

Le condizioni dell'ambiente, per quanto la brava levatrice, signorina Soldini, si fosse data d'attorno, tradivano facilmente lo stato assai miserevole della famiglia.

Mazzuccato Lucia, di Porza (vicino a Lugano), d'anni 22, è una povera nana, alta metri 1,28. Giace in letto in preda ad insoffribili dolori, irregolari, inconcludenti, i quali l'hanno esaurita; chiede di essere liberata. Alle ossa delle gambe e delle coscie si notano curvature, segni di pregressa rachitide. Non conobbe sua madre, fu trascurata dal padre e così costretta fino da piccolina a guadagnarsi il vivere facendo la servente. Non sa a quale età cominciò a camminare; i mestrui comparvero a 15 anni e non furono mai regolari. Dopo l'infanzia, di cui non sa dare conto, non fu mai ammalata. Fu gravida la prima volta tre anni fa e il feto, di sesso femminile, fu estratto coll'embriotomia. Una seconda gravidanza, pare a termine, finì con parto spontaneo e feto vivo, ma piccolo, morto dopo qualche mese. Questa è la terza gravidanza, pur essa a termine.

Travaglio iniziatosi ad ore 3 pom., acque scolate ad ore 7, intervento del medico ad ore 7 1|2. L'esame ostetrico fa rilevare situazione longitudinale del feto, testa in basso facilmente palpabile, dorso volto in avanti ed a sinistra, piccole parti fetali in alto verso destra, battito

cardiaco fetale vigoroso nel quadrante inferiore sinistro; dilatazione uterina quasi completa, testa allo stretto superiore in O I S A. Alcuni diametri materni: Sp. 23, Cr. 25, Cp. 84, CV. 7, CE. 16. Diagnostico: gravidanza a termine, bacino piatto rachitico, presentazione di vertice, prima posizione, estremo cefalico assai sviluppato, dilatazione completa.

Quid agendum? Lasciare a sè la donna in attesa che si espletassero tutte le forze della natura? Questa è la condotta che io seguo sempre, salvo un finale intervento eventuale, quando, data una media viziatura pelvica, non si ha ancora una dilatazione utile e il volume della testa lascia presumere possibile la sua discesa nello scavo. Ma qui la dilatazione uterina utile esisteva, ed essa, insieme ai dolori fattisi ineguali, irregolari, molesti, inconcludenti ed alla testa grossa fissa verso lo stretto superiore, stava a provare che l'utero aveva inutilmente adempiuto al dover suo contro la filiera pelvica ristretta. D'altro canto la donna invocava un intervento sollecito e non inutilmente occorreva pensare che, restando in *mora* in tali casi, si è quasi sicuri di vedere sorgere la compromissione definitiva della vita del feto. Pel che, essendo indicato un intervento, restava a scegliersi tra *rivolgimento*, *applicazione di forcipe, craniotomia* e *sinfisiotomia.*

Respinto il rivolgimento per la poca mobilità della testa, per la contrazione spasmodica dell'utero e pel riflesso che in questi casi di testa grossa, che deve passare attraverso ad un canale relativamente piccolo, l'atto operativo finisce di regola colla morte del bambino, mi decisi per un prudente tentativo di forcipe, che approdò tuttavia a nessun risultato. D'altronde chi ha solo una discreta pratica ostetrica sa che non sempre la craniotomia è l'operazione più facile. A me per lo meno, dopo avere eseguito un numero relativamente grande di tali atti operativi, è occorso di dovere, in certe vagine strette, farla tra le valve dello speculum di Simon, a scopo di sicurezza. E il caso in argomento mi faceva prevedere non poche difficoltà, data la testa così in alto. D'altro canto mi è sempre ripugnato immensamente uccidere lì per lì una creatura, e specialmente nel mio caso un tale atto mi dispiaceva, mentre il battito cardiaco mi dimostrava tanta vitalità nel feto. Queste non sono idee postume; ma sono le idee che io avevo già manifestate in un mio articolo sul *Bollettino medico della Svizzera italiana,* del 1893, dove esprimevo la speranza che, mercè la sinfisiotomia asettica, la craniotomia su feto vivo fosse per scomparire o quasi dal novero delle operazioni ostetriche.

Queste considerazioni mi trassero a sottoporre alla paziente il dilemma: di vedersi ucciso il bambino nel ventre, oppure di averne salva la vita con un atto operativo su sè stessa. Ebbene, quella brava donna provò una volta ancora come sotto rude scorza si può nascondere un animo grande, optando per l'operazione sul suo corpo, pur di avere salva la vita della sua creatura.

Pensai allora ai pericoli della linea mediana, così bene messi in rilievo dal lavoro del 1894 dell' egregio dott. Leonardo Gigli: lavoro, che m'aveva fatto ottima impressione, e finii per scartare la sinfisiotomia classica e per prescegliere in quella vece il *taglio lateralizzato del pube,* vivamente raccomandato dal Gigli stesso. Allo scopo mi sarei valso degli appositi *fili-sega* dal Gigli ideati, che meco recavo appunto nella borsa ostetrica.

Comunicata l'idea al collega, che l'accettò, messo a bagno l'armamentario occorrente, rasi i peli del pube e fattavi la disinfezione, passato un lenzuolo piegato pel lungo sotto il bacino della donna, disinfettata vulva e vagina, egregiamente aiutato dal collega, senza sussidio di cloronarcosi, di cui non avevo con me nessun mezzo, incisi prima le parti molli a strati per una lunghezza di 5 cm. venendo giù dal lato sinistro del pube fino a quasi metà del gran labbro omonimo, legando qualche vena ed una arteria, e mi feci in seguito strada colla sonda e colle dita. Reso così attaccabile l' osso, che non curai di denudare affatto, mi diedi a passare un grosso ago da cassetta d'amputazione dietro il pube, infiggendolo a circa 1 1[2 cm. fuori della sinfisi, cercando di fargli fare tutto il giro intorno all' osso e di farlo uscire in basso alquanto sul lato dell'arcata pubica, in ciò aiutandomi colla guida dell' indice sinistro in vagina.

Momento veramente penoso dell'operazione, perchè mi riuscì assai disagevole afferrare, con un Péan, la punta dell'ago. Superato alla fine l'ostacolo e trascinato dietro il pube il filo-sega, la segatura dell'osso fu affare di pochi secondi, di nuovo risparmiando la sezione di quelle parti molli profonde anteriori all'osso, che, a scanso di fastidiosa emorragia in luogo profondo, io avevo ad arte poco prima rispettato. La lieve emorragia era stata intanto contenuta con batuffoli antisettici. A sezione compiuta, i due monconi s'erano distanziati un centimetro circa, cioè quel tanto da permettere a me e al collega, attraverso alla intatta parete vaginale, l'introduzione fra essi del dito esploratore. Dopo 40 minuti, essendo la testa scesa nello scavo, fu applicato il forcipe. In questo momento, pel progredire sempre più giù nello scavo dell'ovoide fetale, tirato dal forcipe, accompagnato da un rumore cupo di strappo sulle parti molli, avvenne quel *movimento a cerniera,* che il Morisani descrive nella sinfisiotomia classica; i due monconi si allontanarono per buoni 5 cm., sostenuti dal lenzuolo incrociato sul ventre della donna. Allo strappo susseguì tosto un fiotto abbondante di sangue dalla breccia pubiotomica, che però fu felicemente frenato colla compressione e col tamponamento. Dopo di che fu potuto estrarre senza sforzo un bel bambino, che si dette a vagire validamente. Egli era lungo 50 cm., pesava gr. 3200, con testa relativamente assai sviluppata. Nessuna laceratura alla forchetta, nè aumento in corrispondenza dell'incisione praticata per eseguire la pubiotomia.

La breccia, di nuovo disinfettata, ma dante dal profondo un po' di sangue nerastro, fu chiusa con punti staccati di sutura, coperta con un pezzetto di garza che unico sopravvanzava alla non abbondante scorta meco recata; e su di esso, in mancanza di meglio, furono sovrapposti panni di bucato ripiegati, e da bende servirono due fascie da bambini.

Decorso ulteriore. — La temperatura, che, saggiata subito dopo l'operazione finita verso le 2 ant., era di 38. 3, si mantenne in seguito sempre sotto a 37. 5, raggiungendo solo due volte 37. 6 e 37. 7. L'indomani dell'operazione venne rimossa la medicazione fatta coi panni e sostituita con quella ordinaria. — 12 Maggio: un po' di tumefazione al gran labbro sinistro; colla pressione sui lati della sutura sfugge dalla sua parte superiore qualche po' di sangue nerastro; si tolgono due punti e si spreme bene il po' di sangue; due giorni dopo si levano tutti i punti di sutura e si può constatare l'assenza di marcia ed una cicatrizzazione per *primam.* In 25.ª giornata la donna lascia il letto e il giorno successivo scende all'altro piano, in cucina, niente altro accusando che un certo grado di debolezza generale. Essa poi ricominciò ben presto ad occuparsi delle faccende di casa e, dopo due mesi, secondo le cortesi informazioni del dott. Fraschina, lavorava e portava pesi come prima. Al principio del Luglio venne a trovarmi al mio domicilio in Lugano, percorrendo a piedi parecchi chilometri, dimostrando luminosamente, se pur ve n'era bisogno, che l'atto operativo non le aveva arrecato danno di sorta.

È noto come di pari passo o quasi colla sinfisiotomia sigoltiana ed allo scopo di evitare le lesioni della vescica e dell'uretra e per ottenere una più facile saldatura delle superfici di sezione, era sorta la idea di segare le ossa del bacino fuori della linea mediana. All'idea geniale stanno legati i nomi: del dott. Champion de Bar le Duc; dell'Aitchen, che propose di servirsi della sega a catena da lui ideata; del Galbiati, che propose la doppia pubiotomia e la praticò con esito positivo sul cadavere di Antonia Lombardi, che era morta non volendo essere operata; dello Stoltz, che, riprese le idee di Champion de Bar le Duc, descriveva la pubiotomia nei suoi corsi e la dimostrava sul cadavere ai suoi allievi; del Lecour, che accenna alle lezioni dello Stoltz per concludere che l'operazione di questo *è così semplice e così facile ad eseguirsi e riunisce in sè tante condizioni favorevoli che noi pensiamo potrà essere universalmente accettata;* del De Cristoforis, che propose la pubiotomia sottoperiostea; e finalmente del dott. Leonardo Gigli di

Firenze, il quale nel 1893 riprese l'argomento e nel 1894 colla sua memoria « Taglio lateralizzato del pube, ecc. » mostrò i vantaggi di questo metodo sulla sinfisiotomia classica, ne tracciò la tecnica e ci fornì per giunta un mezzo semplicissimo per espletare asetticamente l'atto operativo, cioè il suo filo-sega.

Non mi consta però se la pubiotomia così ideata da questi ostetrici sia mai stata tradotta in atto su donna vivente così in Italia come all'estero; mentre parrebbe certo — anche per quello che me ne disse più di uno specialista — che *quello che io ho descritto sia il primo caso di taglio lateralizzato del pube praticato sul vivo e col filo-sega del dottor Gigli.* Se però altri avesse eseguito l'atto operativo, non sarà stato inutile, per la storia della sinfisiotomia, l'aggiungere un nuovo caso.

E ora, per esporre *le mie impressioni*, dirò che l'atto operativo mi parve non difficile ad eseguirsi, elegante nello svolgersi, efficace nel suo fine. E, se tale fu l'impressione in un ambiente pessimo, non confortato dalla calma del cloroformio, io credo che dovrebbe essere per lo meno uguale in uno più a modo. Se non sapessi che un caso non fa regola, risponderei quindi colle parole del Lecour dianzi ricordate. Pur non volendo abbandonarmi a quell'entusiasmo, che nullameno sento in me per la pubiotomia alla Gigli, debbo però francamente dichiarare che in caso di *giusta indicazione* non esiterei a proporre e ad eseguire ancora tale atto operativo, ed io spero che non sarei smentito dal risultato. Solo vorrei essere confortato dalla cloronarcosi, da un *ago ben robusto, non molto acuminato e lungo* (e su ciò faccio speciale raccomandazione) e da un'abbondante provvista di medicazione antisettica.

Ciò premesso, ho creduto di dover rendere di pubblica ragione questo caso:

1.° Per la statistica del taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli.

2.° Per dimostrare ancora una volta come anche in un cattivo ambiente di campagna si possano condurre a buon esito operazioni di alta chirurgia ostetrica, senza bisogno di inviare tali casi (il che d'altronde non sempre sarebbe possibile) alle Cliniche, come al Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia di Roma del 1894 affermò essere necessario il relatore Leopold.

3.° Perchè, pur riservando ogni giudizio comparativo assoluto in merito, ho fin d'ora un presentimento, che cioè la pubiotomia alla Gigli

abbia avanti a sè un avvenire nel senso che, per la località ove si compie essendo minori i pericoli così immediati che successivi, e, per l'introduzione facile del filo-sega, essendo più semplice la sua attuazione e più al sicuro dalla sepsis, potrà essere di più alla portata del medico pratico e venire a sostituire felicemente la sinfisiotomia classica.

4.° Per deporre infine un umile e doveroso omaggio ai piedi degli ideatori e sostenitori di questa geniale operazione, a cominciare da Champion de Bar le Duc, da Galbiati ad Aitchen, a Stoltz, a Lecour ed al nostro Gigli. Al quale spetta poi il grande merito di avere recentemente richiamato l'attenzione degli ostetrici sulla intuita bontà di questo processo operativo e di avere per giunta loro fornito un mezzo semplicissimo per portarlo rapidamente ed asetticamente a termine.

Lugano, Novembre 1897.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

VII Riunione della Società tedesca di Ginecologia

tenutasi a Lipsia dal 9 al 11 Giugno 1897.

Due temi erano all'ordine del giorno per la discussione: 1.° **La retroflessione dell'utero**; — 2.° **La placenta previa.**

Riferirono sulla prima questione *B. S. Schultze* di Jena e *Roberto Olshausen* di Berlino. Lo *Schultze* distinse per riguardo all'eziologia i seguenti fattori: 1) il rilasciamento dei normali mezzi di fissazione dell'utero dovuto alla gravidanza e al puerperio, alla parametrite posteriore, all'abituale distensione del retto intestino, al decubito prolungato dorsale e alla concomitante pressione addominale; 2) la fissazione del collo nel bacino più all'avanti del normale dovuta a cause diverse (a parametrite anteriore, a lacerazioni cervicali, a discissione della portio, a perdite di sostanze al davanti della cervice come nei casi di fistole); 3) la brevità della vagina specie della sua parete anteriore (nei casi di arresto di sviluppo e di atrofia senile); 4) l'abituale distensione della vescica; 5) la dilatazione vulvare (lacerazioni perineali).

Allora la parete anteriore procidente trascina la portio all'avanti ed il corpo uterino si porta allo indietro.

A queste cause più frequenti aggiungonsi altri fattori meno importanti: 6) l'anomala lunghezza della portio vaginalis; 7) i tumori della parete anteriore dell'utero; 8) i miomi poliposi della parete anteriore del collo; 9) un'insufficiente discesa delle ovaja; 10) la fissazione allo indietro delle ovaja e delle tube; 11) e, secondo alcuni, i tumori ovarici. Schultze però non condivide tale idea.

Dal punto di vista della profilassi raccomandò, specie nelle bambine e nelle ragazze nelle quali la vagina è più breve, di impedire la sovradistensione della vescica; di prevenire le affezioni catarrali verginali; di suturare le lacerazioni perineali recenti e di operare le antiche; di aiutare la involuzione dell'utero puerperale colla segale.

Per stabilire la diagnosi dobbiamo solo fare l'esame combinato. La sonda è un istrumento inutile e pericoloso.

Sulla sintomatologia riferì l'*Olshausen*. Nella retroflessio-versione complicata alla presenza di tumori degli annessi i sintomi in gran parte sono dipendenti dalla complicazione morbosa. Nella metà circa dei casi non complessi di retroversio-flessione non si hanno disturbi rilevabili. Insieme ai disturbi locali si hanno

specialmente sintomi in dipendenza del sistema nervoso. Le emorragie nelle retroflessioni d'antica data solo sono rappresentate dall'anticipazione delle mestruazioni e da menorragie. In genere sono in relazione con fatti di endometrite fungosa. La sterilità è assai rara. Tuttavia è in alcuni casi dovuta alla flessione mentre il maggior numero delle volte è in relazione colle malattie degli annessi e con una forte iperplasia uterina.

Non di rado l'aborto sussegue alla retroflessione, quantunque nel maggior numero dei casi da solo l'utero si riduca. La dipendenza o meno delle manifestazioni generali nervose riflesse dalla retroflessione del viscere è il più delle volte dimostrata dal risultato della cura. La dismenorrea non è da considerarsi come sintoma importante. È più di frequente dovuta all'endometrite concomitante.

Per ciò che si riferisce alla *cura* lo Schultze dà i seguenti consigli: riposizione dell'utero quindi pessario (di celluloide, se la parete anteriore è rilasciata assai, pessario a slitta; negli altri casi Hodge, Thomas, Schultze). Nessun pessario deve divaricare la vulva o far procidenza. Il pessario deve essere applicato solo a riduzione avvenuta. Le irrigazioni vaginali sono da usare solo nei primi giorni dopo le mestruazioni. Insorgendo una gravidanza circa alla 17.ª settimana si tolga il pessario. Si coadiuva un vantaggio duraturo della cura con clisteri giornalieri e amministrando la segale durante le mestruazioni. Se complicano la retroflessioversione una ipoinvoluzione dei genitali d'origine puerperale, una metrite, un'endometrite, un'ooforite, queste, se di data recente, possono guarire colla semplice riposizione dell'utero; se di data antica, si curano in modo speciale.

Nei casi in cui si abbiano difficoltà perchè si mantenga una riposizione definitiva, dovute ad aderenze dell'utero e degli annessi, si userà della cura coi tamponi, colle irrigazioni, coi bagni. Se è indicata una operazione plastica sul perineo, egli consiglia prima della plastica, nella stessa seduta, la vagino o la vescico-fissazione dell'utero o l'Alexander-Adams.

Olshausen dà invece, relativamente alla cura operativa, i seguenti consigli: Anzitutto cura coi pessarî e solo più tardi, essendo i disturbi notevoli, coll'operazione.

Le donne in vicinanza alla menopausa non devono essere operate in quanto i disturbi cessano a tale epoca in modo spontaneo. Nei casi di coesistenza di malattie degli annessi a queste dobbiamo rivolgere la nostra attenzione. Il metodo di Alexander-Adams è il più vantaggioso. La ricerca dei legamenti rotondi però a volte è difficile. Non è quest'atto operativo indicato essendo la retroflessione fissa.

La ventrofissazione suturando all'interno i legamenti rotondi o la parete anteriore dell'utero (non il fondo!) con uno o due punti all'addome è il miglior mezzo di cura nelle retroflessioni fisse. Il *silkworm* è il materiale di sutura da preferire.

La vagino-fissazione può usarsi nelle retroflessioni mobili. Si possono evitare

le conseguenze dannose nei parti suturando non la parte uterina anteriore, ma solo la parte più bassa di questa. In un caso in cui fece la sutura di tutta la parete anteriore dell'utero alla vagina dovette intervenire poi col taglio cesareo. Nelle retroflessioni fisse la vagino-fissazione è controindicata.

Winter esaminò *303* donne le quali avevano partorito a domicilio e che non eransi quindi presentate alla Clinica per disturbi inerenti alla sfera genitale e trovò 36 volte (nel 12 0[0 dei casi) una retroflessione uterina. Di queste 36 donne 11 non avevano alcun disturbo. Egli crede che le recenti retroflessioni non diano in genere sofferenze. Sono nel maggior numero dei casi coesistenti delle complicazioni, non però in relazione allo spostamento uterino.

Dührssen dal 1891 ha constatato su *281* vagino-fissazioni con apertura del peritoneo solo *6* recidive. Non ebbe disturbi nei parti successivi.

Tanto il Dührssen come il Mackenrodt non eseguono più come prima tanto di frequente la vagino o la vescico-fissazione dell'utero. Egli opera così nel 33. 50 0[0 dei casi suoi di retroflessione. Egli praticò 60 volte, dopo il distacco vaginale delle aderenze uterine per gravi malattie degli annessi, la vagino-fissazione. Solo *6* volte fece egli la vescico-fissazione. Ammette pure che più importante sia la profilassi della terapia esaminando tutte le donne le quali da poco hanno partorito.

Theilhaber. In tre modi si crede originino i sintomi della retroflessione: 1) per la stasi venosa dovuta alla torsione dei vasi del legamento largo; 2) per la compressione che l'organo spostato esercita; compressione per altro discutibile proteggendo il retto intestino i nervi del bacino; 3) per via riflessa. Come però in nevrologia le nevralgie e le paralisi sempre in minor numero si ammettono di origine riflessa, così molte manifestazioni ginecologiche che una volta credevansi riflesse devono invece considerarsi come isteriche.

Werth considera l'operazione di Alexander-Adams come la più completa dal punto di vista tecnico e meccanico.

Baumm. Ammettendo che se si sutura nella vagino-fissazione, che crede raccomandabile, l'utero troppo in alto si hanno disturbi nei parti, e troppo in basso recidive, raccomanda di applicare i fili al disotto del mezzo. Crede così l'atto operativo facile e senza conseguenza. La guarigione si ha in 8-10 giorni. Quando esistano però delle aderenze estese o ipertrofia della cervice consiglia la ventrofissazione.

Wertheim. Il procedimento da lui consigliato del raccorciamento vaginale dei legamenti rotondi essendo l'utero mobile fu eseguito *14* volte e ad utero fisso *9* volte; ad utero con miomi *3* volte. Operò quindi 26 casi. Ebbe una recidiva in un caso di retroflessione fissa.

Veit pratica solo l'operazione di Alexander-Adams. È contrario alla vagino-fissazione. Crede con Schultze che non tanto frequentemente come si ammette

oggidì sia conseguenza la retroflessione di un puerperio. Il più delle volte si ha nella pubertà e solo più tardi dà delle complicazioni.

Fehling pratica la vagino-fissazione nel mezzo del corpo dell'utero. Su *55* casi notò *10* gravidanze senza gravi disturbi nel parto.

Küstner opera le retroflessioni mobili col metodo di Alexander-Adams; le fisse colla ventro fissazione. Non pratica la vagino-fissazione nelle donne in piena attività genitale più che per i disturbi nel parto per la facilità delle recidive. Egli opera, come è noto, calzando dei guanti sterilizzati.

Löhlein ammette la possibilità di retroflessioni dovute a tumori ovarici. Terapia aspettante nelle forme virginali, senili e fisse.

Martin opera solo raramente le retroflessioni pure. Mentre ha eseguito *454* colpotomie solo *60* volte operò per retroflessione uterina.

Elischer sostiene facili le recidive dopo l'operazione di Alexander-Adams. Perciò si riferisce alla manualità recentemente da lui descritta (escisione di un tratto della parete anteriore del corpo dell'utero, sutura).

Mackenrodt. Con Dührssen egli pure opera meno di frequente oggi. Dopo un raccorciamento vaginale dei legamenti rotondi osservò una gravidanza.

Leopold colla ventrofissazione secondo il suo metodo egli applica solo 2 fili dei quali il superiore viene a trovarsi a 1|2 cm. al disotto dell'altezza degli orificî tubarici. Parecchie donne così curate hanno partorito senza disturbi. Egli riferisce invece due casi da altri operati (una vagino fissazione, una sutura del fondo uterino appena al disopra della sinfisi) nei quali si ebbero gravi disturbi nel parto.

Fritsch. Scopo della cura è di rendere atte al lavoro le donne. Ciò differisce naturalmente a seconda delle diverse classi sociali. La vagino-fissazione solo è indicata dopo la menopausa. Egli ha eseguito la ventrofissazione in donne nelle quali successivamente fu necessaria la estirpazione totale vaginale dell'utero. Da un anno pratica l'operazione di Alexander-Adams che considera come la migliore.

Rosthorn. Su 6722 casi osservò la retroflessione nel 16. 2 0|0. Nel 21 0|0 trattavasi di nullipare. Nel 27 0|0 avevasi anche prolasso. Nel 7 0|0 accompagnavasi una forma infiammatoria degli annessi. Egli osservò col metodo del distacco delle aderenze allo Schultze due volte lesioni delle parti molli (Douglas e retto intestino). Una volta non gli riuscì, per quanto avesse acquistato un certo esercizio, di trovare il legamento rotondo nel canale inguinale e dovette limitarsi all'applicazione di un pessario.

Chrobak insiste sulla necessità della cura anzitutto col pessario. Operò 51 casi di retroflessione. Ebbe buoni e cattivi risultati. Quest'ultimi specie dopo le vagino fissazioni. Egli ha praticato *16* vagino fissazioni. Crede il raccorciamento dei legamenti rotondi il metodo dell'avvenire. Così pure commendevole è la ventrofissazione all'Olshausen.

Schatz. Se è necessaria un'operazione la ideale, dal punto di vista teorico, è la Alexander-Adams.

La vescico fissazione si basa su principî falsi.

Pfannenstiel. In 15 casi raccorciò i legamenti rotondi dalla vagina. Trattavasi di retroflessioni accompagnantisi a prolasso. L'operazione è semplice e facile e si riesce a raccorciare i legamenti di 6-10 cm. Nelle retroflessioni mobili senza prolasso fece esclusivamente l'Alexander-Adams. La tecnica di essa è difficile e deve essere studiata. I legamenti rotondi a volte non si trovano. Ricorda un metodo operativo proposto dal Breisky e che egli raccomanda: la sutura cioè dell'utero ai muscoli piramidali.

Olshausen si rallegra, tra l'approvazione generale, che non si sia parlato del massaggio nella cura delle retroflessioni uterine.

***

La relazione sul secondo tema, placenta previa, fu tenuta dai prof. Hofmeier e Schatz. Per ciò che si riferisce alla eziologia la questione non fu definita.

L'*Hofmeier* ha rilevato due modi di formazione della placenta praevia in relazione: *a*) collo sviluppo della placenta in corrispondenza non solo della serotina, ma anche della decidua reflexa quando questa, nel punto in cui la placenta reflexa si forma, corrisponda all'orificio uterino interno (Kaltenbach e Hofmeier); *b*) con la penetrazione nella decidua *vera,* nel punto in cui dalla vera si passa nella reflexa, di villi coriali. Se i villi si spingono così fino all'orificio uterino interno tutt'attorno ad esso l'apertura mediana va mano mano, collo sviluppo della placenta, restringendosi.

Aggiunge Hofmeier che appare discutibile possa formarsi la placenta praevia per impianto diretto dell'ovicino fecondato in corrispondenza dell'orificio interno dell'utero perchè i dati anatomici ed embriologici, per quanto sappiamo, parlano contro tale possibilità.

Lo *Schatz* rilevò che la stazione eretta nella specie umana e in alcune scimmie può agire in senso favorevole sulla produzione della placenta praevia e che come cause generali devono considerarsi l'endometrite, l'atrofia della mucosa uterina, una primitiva abnorme disposizione dell'utero o solo della mucosa.

Per ciò che si riferisce alla diagnosi, oltre l'emorragia ed il rilievo del tessuto placentare coll'esplorazione, hanno importanza secondo Schatz già nei primi tre mesi una forte distensione dell'utero là dove la placenta è inserta e, alla fine della gravidanza, l'elevazione della parte presentata e l'incertezza del rilievo delle particolarità di essa. Le emorragie possono trarre in errore essendo qualche volta date da altre cause. Per Hofmeier la continuazione dell'emorragia dopo la rottura delle membrane parla piuttosto per un distacco di placenta inserita normalmente o almeno in una parte più elevata dell'utero.

Dal punto di vista terapeutico Hofmeier dà i seguenti precetti: 1) il sintomo principale è l'emorragia e a questa deve essere rivolta tutta la cura. La salvezza

del feto passa così in seconda linea; 2) il tamponamento solo è concesso dopo una disinfezione accuratissima della vagina quando si disponga di un materiale asettico: *a*) nelle emorragie durante la gravidanza; *b*) nelle emorragie all'inizio del travaglio per guadagnare tempo, per rialzare le forze delle ammalate; 3) nella pratica ordinaria la terapia migliore è la rottura delle membrane nei casi semplici senza abbassamento di un piede dopo fatto il rivolgimento combinato, nei casi complicati portando un arto inferiore in basso; 4) l'ulteriore decorso del parto meglio vale abbandonarlo alle forze naturali senza curarsi della vita fetale. Eventualmente si potrà prima procedere alla colpeurisi intrauterina; 5) durante tutto il trattamento ostetrico si dovranno rialzare le forze della partoriente coi mezzi soliti (iniezioni d'acqua salata, di etere e di canfora, clisteri eccitanti); 6) il secondamento possibilmente deve essere assistito con prudenza aspettando.

I concetti terapeutici dello Schatz sono i seguenti:

Nelle emorragie negli ultimi mesi della gravidanza, riposo a letto, morfina, *viburnium prunifolium*. Nei casi di continuazione delle emorragie o di emorragie gravi, tamponamento della vagina fino a che, a dilatazione sufficiente, sia possibile la Braxton-Hicks.

Non si deve però precipitare l'estrazione del feto, specie il disimpegno della testa, ad impedire lacerazioni gravi cervicali. Il tamponamento è frequentemente necessario per aiutare la dilatazione ed il colpeurynter non sempre ha corrisposto. Il tamponamento del canal cervicale o della vagina nella sua parte alta deve essere completo e stipato.

Avendosi un'emorragia precoce e non essendo la testa del feto troppo abbassata colla rottura delle membrane devesi sempre fare la Braxton-Hicks e l'abbassamento di un arto. Anche la metreurysi dopo la rottura delle membrane facendo trazioni leggiere sul tubo elastico del colpeurynter secondo i precetti del Dührssen è favorevole all'arresto della emorragia e alla lenta dilatazione. Le trazioni non devono però essere forti.

Nella discussione parlarono:

Bayer sostenitore, come è noto, contrariamente a Schröder e alla sua scuola, della dilatazione del canal cervicale durante la gravidanza, crede ora che in alcuni casi ciò avvenga, in altri casi no. Egli pensa che la placenta praevia sia una delle cause della mancata dilatazione della cervice. Crede, esaminando i casi delle Cliniche di Vienna, migliore la prognosi quando l'emorragia si inizia durante la gravidanza.

Küstner espone l'accennato metodo della metreurysi (o istereurysi). Con una pinza da medicazione viene introdotto il colpeurynter che si riempie con 500 gr. di liquido.

Sul pallone si fanno trazioni corrispondenti ad un peso di 1|2 Kg. Non deve essere quindi stirato all'infuori con forza; non deve dilatare meccanicamente, ma

in modo fisiologico eccitando i gangli cervicali. Su *66* casi ha curato colla istereurysi *16* donne nella Clinica e 6 nel servizio policlinico; *11 feti* su 17 da lui considerati vivi prima nacquero vivi (65 0[0).

Il metodo offre i seguenti vantaggi: È di facile applicazione e possibile in ogni mese della gravidanza. Si evita il tamponamento vaginale. Rappresenta come un parto prematuro provocato. Il tamponamento è fatto non dal basso in alto, ma, come dopo la versione, dall'alto in basso.

Baumm raccomanda il rivolgimento esterno invece del combinato.

Hofmeier dichiara l'istereurysi certamente vantaggiosa. L'introduzione però del pallone e il mantenere l'asepsi durante tutte le manovre presentano difficoltà.

* * *

Altri argomenti vennero discussi.

Klein parlò sui rapporti tra i canali di Müller e quelli di Wolff nella donna, mostrando un preparato appartenente ad una neonata, nel quale mentre il dotto di Wolff di destra dal parovario si portava nella sostanza uterina fino nelle pareti della cervice, quello di sinistra invece giunto all'altezza del collo portavasi, curvandosi ad *S*, al fornice vaginale e da qui, passando nella parte sinistra, fino all'imene. In questo caso perciò fu seguito con sezioni microscopiche in serie il dotto di Wolff di sinistra dal parovario fino nell'imene.

Veit mostrò le fotografie di un uovo meno sviluppato ancora di quello di Spee. La lunghezza dell'uovo è di *7 mm.* e quella dell'embrione di *mm. 4.*

Neumann riferì su 8 casi di mola vescicolare. Tra questi tre interessanti.

Gebhard aggiunge altri tre casi di morbo di Sänger.

Rosthorn presentò parecchi preparati anatomici conservati in formalina per lo studio della anatomia del connettivo pelvico.

Sellheim illustrò con disegni schematici la topografia delle suppurazioni pelviche.

Orthmann sulla patologia del corpo luteo ricorda che gli ematomi di esso sono più frequenti di ciò che si crede e trovansi verso la parte libera. L'epitelio follicolare in alcuni casi è conservato, in altri è caduto.

Skutsch ebbe l'opportunità di studiare un caso di aborto che crede *tubo uterino.*

Pfannenstiel a proposito dell'eziologia delle cisti ovariche dermoidi profonde, avendo riscontrato anche un tessuto come accennante all'amnios, ammette la partenogenesi (teoria del Cuzzi).

Abel volle studiare nelle laparotomizzate della Clinica di Lipsia i risultati della sutura addominale.

Su 665 operate egli dà i seguenti reperti. Egli trovò il

29 %	di ernie	nelle	suture	a punti	staccati
24 »	»	»	»		muscolari
8,9 »	»	»	»		isolate delle aponeurosi.

Considera in queste cifre naturalmente solo le donne guarite per primam.

Nei casi di suppurazione della ferita i procento esposti sarebbero sostituiti dai seguenti 68 — 68 — 34 %. Durando la suppurazione 2 settimane nel 40 % si hanno le ernie e durando più a lungo nel 80 % dei casi.

Lo spessore dello strato adiposo ha un'influenza. Nelle donne grasse è più difficile la sutura e dà risultati meno buoni anche lontani. Nelle donne più vecchie con pareti addominali sottili si ebbero i migliori risultati. È strano il rilievo fatto sull'influenza delle fasce addominali contentive. Se, avvenuta la riunione per primam non si porta la fasciatura, si ha la guarigione nel 95 % dei casi, se si porta per tre anni solo nel 80 %. In altre parole è inutile l'uso delle fasciature dopo la riunione per primam. Anche il lavoro successivo non porta danni.

Mackenrodt nella Clinica del prof. Sänger fece una igniestirpazione vaginale dell'utero. L'utero era piuttosto grosso. Si ebbe una notevole emorragia dall'arteria spermatica.

Ziegenspeck presenta: *a*) un laccio ostetrico col quale assolutamente è esclusa la possibilità di lesioni fetali; *b*) un istrumento che serve come porta laccio, porta cordone, come pinza per il tamponamento endouterino, come pinza emostatica e da medicazione.

Krönig raccomanda un nuovo preparato di catgut al cumolo (Dronke, Hamburg-Eimsbüttel). Egli ottenne i seguenti risultati:

		Suppur.	Ernie
Catgut all'alcool e sublimato	55 casi	46 %	10 %
» all'acido cromico	110 »	22 »	15 »
» allo xilolo	68 »	13 »	13 »
» al cumolo	56 »	10 »	7 »

Küstner ideò un manico sterilizzabile per il Paquelin ad evitare i pericoli che si accompagnano all'uso dei manici di legno anche ricoperti da garza.

* * *

Döderlein crede indicata la via vaginale per esportare dei tumori mobili degli annessi. Se questi sono fissi per le difficoltà che si incontrano e per l'emostasi meglio si riesce operando dall'addome. Per la via laparotomica pure si deve terminare un atto operativo quando non si riesca dalla via vaginale.

Lo stesso autore in seguito a ricerche sperimentali sulle iniezioni endo-uterine ha trovato che sostanze coloranti spinte nel cavo uterino giungono nell'addome o, se l'orificio addominale tubarico è chiuso, fino alla parte esterna delle salpingi.

Una gravida la quale, a scopo criminoso abortivo, si iniettò nell'utero 1[2 litro di soluzione di lisolo, ebbe sintomi dovuti al passaggio del liquido nel cavo peritoneale.

Baumm facendo seguito alla comunicazione di Döderlein crede che facilmente

possano venire esportati dalla vagina dei miomi grossi anche come un pugno. Gli annessi aderenti difficilmente si estirpano così. In 12 operazioni complicate ebbe 2 insuccessi. Possibili sono le lesioni della vescica e dell'intestino.

Olshausen ebbe in 2 colpotomie fistole intestinali. L'utero in genere può essere estirpato dalla vagina; gli annessi dall'addome. Ammette con Döderlein la permeabilità delle tube nelle iniezioni endo-uterine.

Fehling vuole limitato l'intervento dalla vagina. Quando la diagnosi non è sicura è preferibile la laparotomia. Così pure nei casi di operazioni su donne giovani potendosi conservare l'utero e gli annessi se sani. Non è partigiano della forcipressura.

Martin nelle operazioni vaginali ha solo l'uno per cento di mortalità. Crede, per giudicare dell'atto operativo, necessarie ulteriori ricerche. Egli potè parecchie volte, pur esistendo estese aderenze degli annessi, conservare l'utero e liberare l'intestino. Egli usa solo le legature e solo la forcipressura in via eccezionale.

Chrobak fece 87 operazioni vaginali per estirpare uteri miomatosi anche pesanti parecchi Kg.

Wertheim. Le operazioni vaginali sono più difficili delle addominali. I pericoli però che a queste ultime si accompagnano sono maggiori.

Nella Clinica di Schauta fu la via vaginale seguita parecchie volte. I miomi che arrivano fino al bellico si possono esportare dalla vagina. Nei casi di cisti dermoidi la via addominale è preferibile.

Küstner praticò *16* volte l'operazione di Freund per la grossezza dell'utero, per la ristrettezza della vagina, per la infiltrazione della cervice in casi di carcinoma. Ebbe 4 decessi. Si possono dall'addome esportare anche i gangli linfatici come fece l'A. in 2 casi in cui infiltrate erano le ghiandole retroperitoneali. L'operazione è più pericolosa però dall'addome che dalla vagina.

Winter esperimentò il *chelidonium majus* nel trattamento curativo del cancro con risultati negativi.

Mackenrodt accenna al metodo dell'igniestirpazione vaginale dell'utero carcinomatoso. Fece così 35 operazioni; 4 volte dovette però ricorrere alla forcipressura. Ebbe 2 volte lesioni uretrali. La mortalità con questo metodo non è superiore a quella che si ha operando diversamente. Così sono evitati gli innesti operativi.

Rosinski osservò in una paziente affetta da adeno-carcinoma uterino, prima e dopo l'operazione, delle metastasi vulvari e in altre parti del corpo. È contrario all'opinione di Klein sulla natura delle metastasi. Crede la cellula cancerigna non altro che una cellula epiteliale (non endoteliale) modificata nei suoi caratteri.

J. A. Amann junior dopo aver ricordato che Zweifel nel 1878 propose l'estirpazione del rene nei casi di fistole uretero-uterine o vaginali per i disturbi gravi che ad esse si accompagnano, e che fu estirpato, a scopo curativo, l'utero per trasformare una fistola uretero-uterina in uretero-vaginale e per curare successiva-

mente quest' ultima, dice che vi sono casi nei quali è impossibile arrivare all' orificio di sbocco dell' uretere perchè la vagina è ristretta da cicatrici. In tali circostanze sarebbe indicato il trapianto dell' uretere nella vescica operando dall'addome. Novaro fu il primo ad operare così. Successivamente altri con buoni risultati seguirono lo stesso concetto. Alcuni italiani hanno fatto delle esperienze sul trapianto extra e trans-peritoneale degli ureteri. Modificazioni al metodo furono proposti da Krause, Kelly, Witzel.

L' autore ha eseguito dall' addome il trapianto dell' uretere nella vescica due volte con successo. Posizione di Trendelenburg forzata; incisione mediana; ricerca dell' uretere nel punto suo d' incrocio coll' arteria iliaca primitiva. Incisione qui del peritoneo e dissezione dell'uretere per un tratto di 2 cm. Stirando su di esso si riesce con facilità a stabilire il punto in cui il canale penetra nella cervice. Doppia legatura ed incisione.

Spostati extraperitonealmente l'uretere e la vescica verso una fossa iliaca dove viene suturata alle pareti pelviche, si impianta in vescica l' uretere in direzione obliqua. Si applica qui extraperitonealmente un piccolo drenaggio di garza che esce da una piccola apertura all' angolo inferiore della ferita dell'addome. In uno dei due casi la operazione riuscì difficile perchè l'uretere fu difficilmente isolato.

Il vantaggio del processo è dovuto al fatto che l' impianto si fa extraperitoneale e in punto in cui la guarigione può essere assicurata anche se non avviene la riunione per primam. Facendosi il trapianto intra-peritoneale la donna è perduta se la riunione manca. Il decorso nei due casi operati fu afebbrile.

Con questo processo sempre più limitata viene ad essere la indicazione dell'estirpazione del rene in tali casi.

Rossier riferisce su 18 casi di gravidanza extra-uterina. Solo una volta la gravidanza era nella sua seconda metà. Cinque volte si ricorse alla incisione vaginale. Due volte fu, successivamente, necessaria la laparotomia. Dalla via dell'addome la guarigione è più pronta. Rossier conclude: 1) dopo una diagnosi esatta si deve al più presto intervenire colla laparotomia e solo nei casi i più favorevoli con operazioni vaginali; 2) nei casi di ematocele è l'aspettazione pericolosa per le emorragie che si rinnovano. Anche qui la laparotomia è preferibile; 3) se esistono ascessi la colpotomia deve aver la preferenza; l' utero però sarà conservato; 4) il trattamento conservativo deve essere il principio direttivo.

Fra due anni, nel 1899, la VIII.ª riunione della società tedesca di ginecologia avrà luogo a Berlino.

Come temi generali furono già proposti il trattamento dei miomi dell'utero e le infezioni puerperali.

PATELLANI.

RASSEGNA

Dott. CURT FREUDENBERG (Clinica del Prof. L. Landau, Berlino). — **Sintomatologia e terapia della retroflessione uterina.** — *Deutsche Med. Wochenschrift,* N. 33, 12 Agosto 1897.

Il motivo che spinse l'assistente del prof. Landau a scrivere questo accurato lavoro critico è stato quello di aver potuto constatare nel ricco materiale che si presenta al suo Policlinico, quante volte vengono fatte inutili operazioni per retroflessioni uterine, e quante volte si errò e nella diagnosi e nell'indicazione operativa di questo spostamento uterino. Questo scritto come tutti quelli che escono dalla Clinica del prof. Landau, è improntato da quella ferma e risoluta severità di giudizio propria di quegli autori che guidano la loro educazione scientifica sempre sulla via dell'esperimento, e non fanno asserzioni se non valutate personalmente sui fatti.

Combatte l'asserzione troppo larga e comprensiva di parecchi ginecologi che affibbiano alla retroflessione uterina una soverchia filatera di sintomi e di questi sintomi spesso si fanno argomento per addivenire ad atti operativi che naturalmente lasciano il tempo che trovano, oppure agiscono per semplice suggestione e spingono poi le ammalate anche in mano ai più volgari mistificatori dell'arte medica.

La legge dell'individualizzazione accurata del caso clinico che esige lo studio minuto della fisionomia del medesimo, ha qui una nuova e coscienziosa applicazione.

E il frutto di questi accurati esami fu appunto la constatazione del fatto: che bisogna sfrondare di molto nelle asserzioni della sintomatologia che erroneamente fu appiccicata alla retroflessione uterina per devolvere invece nel caso pratico ad altre e ben diverse forme morbose i segni fin qui creduti proprii di tale spostamento uterino.

Per incominciare nella sua accurata opera critica l'assistente del prof. Landau cita un caso di una donna già operata due volte (laparotomia e fissazione dell'utero alla vagina), che si presentò al Policlinico colla ferma intenzione di farsi fare l'uterectomia vaginale credendo tutte le sue sofferenze localizzate nell'utero, e che fu rimandata subito perchè riconosciuta affetta da *tabe dorsale.* A questo caso ne fa seguire un altro di una donna operata tre volte di plastica vaginale e

venuta in Clinica « per essere stata cucita troppo strettamente » e che fu rimandata perchè affetta da *demenza paralitica*. E come complemento cita un terzo caso in cui si constatò una *paranoja cronica*, e nel quale si ridusse subito con un pessario la esistente retroflessione uterina, rimanendo però inconturbati i fenomeni psichici della *paranoja diagnosticata!*

Proseguendo sempre nel medesimo concetto l'autore fece uno spoglio accurato dei numerosissimi casi di retroflessione uterina visti e curati nel Policlinico (423 casi) del prof. Landau e trova che sopra 423 di queste ammalate che mettevano i propri disturbi sul conto unico e solo dello spostamento uterino, si trovarono 339 casi complicati con altre malattie, 111 casi di lesioni degli annessi, 63 casi di prolasso e di cistocele; il ventre pendulo si trovò in 38 casi, il rene mobile unilaterale in 53 casi, il rene mobile bilaterale in 4 casi, il fegato spostato in 18 casi, in un caso si trovò la milza lassata emigrante, e varie altre malattie furono riscontrate in 68 casi.

Passando poi ai dettagli di questa sintomatologia mal applicata all'utero, esamina per es. i dolori al sacro, i dolori alle spalle, i dolori al ventre, le emorragie, i disturbi mestruali, i disturbi vescicali, la stipsi, i disturbi di indole reflessa,, che troppo spesso sono espressione di ben altre forme morbose anzichè della retroflessione uterina, e cita mano mano i casi in cui e il rene mobile, e il fegato spostato, e altre ben diverse forme morbose, furono trovate la *vera* causa di detti sintomi senza che l'utero entrasse per nulla a produrli.

Dopo di che fa un chiaro e rapido esame delle varie forme e sintomatologia delle retroflessioni uterine, per venire poi a dettagliare la cura da seguirsi, nei varii stadii in cui capiti di curare la retroflessione uterina. — Divide la retroflessione in tre stadii:

1.° nei dolori locali e irradiantisi (riposo a letto, impacco Priesnitz, ghiaccio, oppiati);

2.° dolori solo all'utero e nei movimenti del corpo (tamponi di glicerina e ittiolo, irrigazioni vaginali caldissime, passeggiate, e occupazioni di casa);

3.° cessazione dei dolori o dolori solo nel defecare o spingere, ecc. (massaggio alla Thure-Brandt, pessario).

Al massaggio dà molta importanza anche pel fatto che se si accompagnano allo spostamento uterino reliquati di forme infiammatorie parametritiche o degli annessi, asserisce essere già un grande risultato (non riuscendo ad avere la riduzione completa del viscere), il dargli almeno una discreta mobilità. Accenna anche alle retroflessioni nelle vergini, dovute a brevità della parete vaginale anteriore, ed al pessario a forma di lettera esse, di gomma indurita, da applicarsi dopo che col calore gli fu data la forma opportuna a ciascun caso.

Interessante è la descrizione della retroflessione uterina dove l'utero va a strozzarsi col suo fondo nello spazio dal Douglas, retroflessione che chiama anche

ernia uterina e dove un'unica manovra di riduzione bimanuale (l'autore non adopera mai altro metodo di riduzione ed esclude da questo ufficio sempre la sonda), si ha la riduzione permanente del viscere e un benessere completo, istantaneo, dell'ammalata.

Conclude quindi come fa Hegar nella recentissima quarta edizione del suo Trattato di Ginecologia (Hegar e Kaltenback, 1897), che sono troppe le operazioni che si fanno per la retroflessione uterina, e che come causa dello spostamento dell'utero in addietro ritiene che:

1.° nelle vergini si ha una ben scarsa percentuale di questi spostamenti,

2.° che delle sue ammalate curate quelle che avevano partorito rappresentavano il 26.4 0[0,

3.° quelle entrate nella menopausa rappresentavano il 17.1 0[0.

CIOJA.

MANDL. — **Beitrag zur Frage des Verhaltens der Uterusmucosa während der Menstruation** *(Contributo allo studio delle condizioni della mucosa uterina durante la mestruazione). — Archiv für Gynäkol.,* Bd. 52, III Heft, 1897.

Non sono pochi i lavori comparsi in questi ultimi tempi intorno allo stato della mucosa dell'utero mestruante. L'autore passa in rapida rassegna le idee emesse in proposito da Wyder, da Kundrat, da Williams, da Leopold, da Sinety, da Löhlein, da Gebhard e da altri. Rileva la diversità di risultati ottenuti nelle loro ricerche da questi autori. Infatti secondo taluni di essi si avrebbe una perfetta integrità della mucosa, e una distruzione o superficiale o profonda della mucosa stessa secondo altri: la tumefazione dell'endometrio per aumento del tessuto interghiandolare è ammessa da alcuni, da altri negata.

L'A. eseguì accurate ricerche assicurandosi che si trattasse di uteri veramente mestruanti, di uteri recentemente asportati e non affetti da processi morbosi. Appunto il non aver sempre osservato queste cautele fu ciò che diede luogo finora a risultati tanto diversi. Egli non trovò mai in nessun caso una completa distruzione dell'epitelio di rivestimento; non è vero, d'altra parte, ch'esso rimanga completamente integro: esso offre qua e là lacune or più or meno grandi. In nessun caso osservò il passaggio di globuli rossi tra gli epitelii: vide invece spesse volte leucociti migrati e rinchiusi nell'epitelio sia ghiandolare, sia di rivestimento. Trovò spesso nell'epitelio di rivestimento delle forme di mitosi ben conservate ed a stadî diversi: la divisione era parallela all'asse longitudinale dell'epitelio. Che avvenga una rigenerazione dell'epitelio *durante* la mestruazione niuno finora aveva dimostrato. Le accennate lacune dell'epitelio vengono colmate per proliferazione del-

l'epitelio di rivestimento: la proliferazione parte anche dall'epitelio ghiandolare, ma non esclusivamente da esso, come ammette Kahlden.

Che lo scolo mestruale sia preceduto da una tumefazione della mucosa, pare all'A. che debba ammettersi: tuttavia in un utero fresco, asportato immediatamente prima del periodo mestruale, non potè constatarla. Egli trovò frequenti mitosi, durante la mestruazione, anche nelle cellule del tessuto interghiandolare, così nelle parti profonde come nelle superficiali.

La tumefazione della mucosa immediatamente prima e durante il periodo mestruale, dipende certamente dall'inturgidimento dei vasi sanguigni. Vide egli infatti fortemente dilatati non solo i vasi arteriosi, ma anche le vene e i capillari. Particolarmente sotto l'epitelio di superficie trovansi piccoli stravasi, i così detti ematomi sub-epiteliali di Gebhard.

Nei pezzi conservati col liquido di Flemming, l'A. trovò poi delle goccioline d'adipe alla superficie dell'epitelio sia ghiandolare sia di rivestimento, goccioline che certamente non erano un derivato della degenerazione grassa della mucosa, perchè se ne trovavano anche nel tessuto muscolare.

Pare infine che il processo mestruale eserciti uno stimolo sulla attività secretoria delle ghiandole dell'endometrio, il che è provato dalla congestione dell'organo, e spiega la abbondante secrezione che si ha immediatamente prima della mestruazione e dopo di essa.

TRIDONDANI.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Febbraio 1898. Num. 2.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
15 MAR 98
LIBRARY

Prof. G. INVERARDI

Direttore dell' Istituto ostetrico-ginecologico di Padova

L' isterectomia vaginale nei fibromiomi dell' utero

CONSIDERAZIONI CLINICO-STATISTICHE

La cura chirurgica dei fibro-miomi dell' utero non può essere univoca, poichè essa deve uniformarsi sempre alla specialità del caso. Non solo il volume, ma la sede, le peculiari trasformazioni che può aver subìto il tumore, le complicazioni con lesioni concomitanti degli annessi e via dicendo, sono tutte circostanze che il clinico deve prendere in seria considerazione per decidere intorno al metodo e al processo operatorio cui dovrà dare la preferenza per liberare la malata da questo molesto ospite.

La portata di questo lavoro non mi permette di fare una discussione critica intorno ai molteplici metodi e agli svariati processi messi in campo per guarire questa infermità. Solo voglio accennare che se potevasi un tempo discutere sulla bontà dei mezzi palliativi (iniezioni sottocutanee di ergotina, elettrolisi, ovariectomia, ecc.), diretti più specialmente a vincere il sintomo più molesto e pericoloso che è l' emorragia, io dichiaro apertamente che oggi, coi perfezionamenti della tecnica operatoria ritengo assolutamente ingiustificato il concetto che si debba tutto esperire prima di proporre l' atto operativo, e riservare questo quando l' emorragia siasi dimostrata insanabile con nessuno dei mezzi medici o della piccola chirurgia ginecologica, oppure quando il tumore si veda progressivamente e rapidamente crescere di volume, o dia luogo a sofferenze troppo grandi, o peggio ancora quando si abbia il dubbio che in esso sono avvenuti dei fatti degenerativi da minacciare da vicino i giorni della malata.

Nessun dubbio che ancora oggi molte donne trovano la morte, anche dopo un' operazione ben condotta, portata a termine in tempo breve, e con piccolissima perdita di sangue, solo perchè vengono dirette al chirurgo quando le condizioni di operabilità sono poco favorevoli, e si è perduto un tempo prezioso nel voler insistere in cure che non possono portare ad una guarigione definitiva e sicura. Gli è vero che alcuni casi sono guariti con queste cure, ma i casi di vera e propria e definitiva guarigione sono assai rari.

Sono per l'appunto questi casi, sebbene rari, di guarigione, che tengono desta la speranza di trovare con questi mezzi la guarigione che in altro modo sarebbe assai più sicura, e al quale ci si appiglia poi, quando, non solo tutti i mezzi sono stati riconosciuti inutili, ma, quel che più monta, quando l' ammalata non è più in grado di tollerare l'operazione chirurgica.

Un altro coefficiente di mortalità lo si deve trovare nella speranza, il più delle volte delusa, di trovare una benefica influenza sopra questi tumori dalla comparsa della età critica. Ma si è mai fatta una buona statistica di miomi involutisi o soltanto arrestatisi nel loro sviluppo per l' intervento dell' età critica e di quelli che in una vana attesa dell' età critica, invece di questa si vide venire innanzi una sempre crescente anemia e una sempre minore resistenza operatoria? Se io debbo stare alla mia esperienza e a quella di colleghi anche più di me esperimentati, è di gran lunga maggiore il numero di questi secondi che dei primi, e intanto qualche caso fortunato fa il danno di una serie ben maggiore di altri casi che in questa speranza trovano la morte.

Ma v' ha di più. Soventi uteri miomotosi, con miomi multipli ma non voluminosi, appunto perchè tali, si vollero curare con ogni mezzo che non fosse operatorio, e intanto a lato dei miomi, o per la irritazione da questi prodotti si vede sorgere un tumore maligno, che diventa tanto più grave, in quantochè per molto tempo si confonde con quelli, e solo allora si conosce quando l' impresa chirurgica non può più tornare utile. Nè devesi tacere il pericolo che tali tumori corrono di trasformarsi in veri tumori maligni, o di cadere in preda ad una sepsi che li rende più o meno rapidamente, ma quasi sempre fatalmente mortali.

Ora, davanti a tutte queste incertezze e pericoli così grandi, riesce

spontanea la domanda: è giustificata l' avversione con cui ancora da taluni oggi si accoglie la proposta del ginecologo che consiglia di togliere questi tumori al più presto possibile, quando le condizioni di volume ne rendono facilissima l' estrazione, quando la mancanza di aderenze del tumore e dell' utero permette al chirurgo di porre in pratica un metodo regolare e quindi spedito, quando le condizioni generali dell' inferma, ancora buone, fanno dell' intrapresa una operazione benigna e leggera?

I perfezionamenti della tecnica laparotomica sono giunti già a tale segno che la mortalità della laparotomia per miomi dell' utero è di poco superiore a quella dell' ovariotomia; ma essa li potrà uguagliare se si vorrà erigere a sistema lo assalire questi tumori appena sono scoperti e possono ancora essere operati per la vagina.

In favore di questa condotta non potrei portare argomenti migliori di questa serie di 36 casi di miomi operati con l' isterectomia vaginale.

Il metodo, ed i metodi operatori dei quali mi servo sono naturalmente subordinati al volume della massa da estirpare, alla forma, alla sede, alla consistenza del tumore, alla vascolarizzazione degli organi genitali, alla esistenza o mancanza di aderenze del tumore o dell'utero cogli organi circostanti, allo stato degli annessi, ecc. Dare un metodo unico per tutti i casi è impossibile. Non posso dare quindi che delle linee generali.

Dapprima ho seguito il consiglio dei più e mi sono limitato ad estrarre uteri il cui volume non oltrepassasse quello di un pugno di adulto. Di poi a poco a poco sono andato estirpando uteri sempre maggiori, e fu appunto dopo gli esiti avuti anche in casi di tumori voluminosi che io mi sono convinto che per questa strada la miomectomia può segnatamente migliorare la sua prognosi.

Preparata convenientemente l' ammalata applico due valve laterali nella vagina. Queste debbono essere sufficientemente brevi perchè la vagina possa riflettersi sopra di esse senza stirarsi, e permettere al collo uterino di giungere ai genitali esterni nel caso che il volume lo permetta. Queste valve sono affidate a due assistenti.

Afferrato il collo dell' utero con due pinze americane, una per ogni labbro, e tiratolo quanto più in basso è possibile, apro il fornice posteriore ed entro direttamente nello spazio del Douglas, nel quale introduco un dito per riconoscere lo stato dell' utero e degli annessi.

Se vi sono aderenze le distacco fino al punto a cui arriva il dito. Se le aderenze si spingono molto in alto, estratte le valve che imbarazzano, deprimo il piano perineale, mentre continuo a tirare sulle pinze. Con questo artifizio, soltanto nei casi di uteri molto voluminosi le più elevate aderenze sfuggono al dito, e vengono sciolte più tardi.

Indi apro il fornice anteriore, lasciando un ponte vaginale laterale, e scollo la vescica dell'utero, che nei casi di mioma anteriore ho trovato spessissimo assai aderente all'utero. Tenendo però sempre il dito molto aderente all'utero ho potuto evitare sempre ferite della mucosa vescicale. Fatto ciò apro il peritoneo anteriormente incidendo la plica vescico-uterina.

Introdotti allora i due indici nella ferita fatta, scollo lateralmente la vescica più che posso, e metto allo scoperto completamente la base del legamento largo cercando di portare in alto la vescica e gli ureteri; attribuisco a questa avvertenza il non aver mai nelle mie numerose isterectomie vaginali compreso nei lacci o nei klemmer alcun uretere.

A questo punto, se l'utero non è molto voluminoso, e lo si può estrarre integro, onde evitare che dall'utero colino liquidi che possano compromettere l' asepsi, afferro con una sola pinza a tre denti del Péan tutto il collo in massa, ottenendone così la chiusura completa. Con aghi di Dechambre lego le due arterie uterine (il materiale di legatura è da cinque anni il catgut), indi distacco con colpi di forbici i fornici laterali dall'utero.

Da questo momento l' operazione cambia radicalmente a seconda che l' utero può essere estratto integro o deve essere frazionato.

Nel primo caso progredisco legando a destra e a sinistra il legamento largo e incidendo. Arrivo così fino alla parte superiore dei legamenti larghi. Dall' osserv. XIV in poi ho sempre estratto coll' utero anche gli annessi, epperò nei casi successivi per rendermi più facile la loro estirpazione e fare su di essa una presa efficace e solida, arrivato a un paio di centimetri dal margine libero dei legamenti larghi applico su questi due klemmer, uno per parte e recido all'interno di esso, estraendo così l'utero. Attraverso alla breccia riconosco ed eventualmente distacco le aderenze degli annessi, i quali con trazioni sui klemmer trascino in vagina ed esporto dopo aver collocato dietro ad essi un laccio.

Non applico più nessun punto nè sul peritoneo, nè sulla vagina

perchè mentre così risparmio tempo, ho potuto, dopo molti esperimenti fatti, riconoscere che questo è il metodo che mi dà i migliori risultati. La chiusura della vagina si fa subito per prima egualmente per l'adattamento che si fa delle pareti vaginali tra di loro spontaneamente; d'altra parte se qualche gemizio di sangue si forma o da qualche foracchiatura fatta dall' ago di Dechambre, che come si sa fa aperture larghe, o dalle aderenze lacerate o da stato iperemico della pelvi, può così farsi subito strada all'esterno e mantenere il coalito delle parti cruentate, mentre la chiusura del peritoneo e della vagina danno luogo soventi ad ematomi, che anche quando sono piccoli danno non poca noia alle operate, e ai quali bisogna poi presto o tardi venire a dar esito con una operazione che se il più delle volte è banale, talvolta presenta seriissime difficoltà per il contatto che si determina tra la vescica, gli ureteri e il retto. Che la sutura della vagina non sia necessaria, lo prova poi il fatto che in 8.ª, 10.ª giornata, quando di solito si esaminano queste malate sulla seggiola ginecologica, si trova la vagina chiusa per prima e le donne in 10.ª, 12.ª giornata possono abbandonare il letto e talune anche la Clinica.

Quando poi il volume del mioma coll'utero è superiore alla capacità della cavità pelvica, ed occorre frammentare il viscere, aperti i fornici vaginali, legate le arterie uterine io ottengo la riduzione del volume collo *svuotamento conoide dell' utero e del mioma.* Dapprima con una sezione conoide esporto il collo ed il segmento inferiore dell'utero, fissando con le pinze americane le labbra della ferita circolare così risultante dell' utero. Con questa prima incisione si ottiene di aprire così ampiamente la cavità uterina. Attraverso alla quale assalisco il mioma direttamente se è sottomucoso, o attraversando il rivestimento uterino se è intramurale. In molti casi di mioma interstiziale la incisione conoide del segmento inferiore dell' utero, penetra direttamente nella capsula del tumore che rimane così allo scoperto. Lo stesso dicasi dei tumori che impiantati a larga base sulla parete uterina si vanno poi a sviluppare nello spessore del legamento largo, imperocchè si riesce sempre più o meno presto a penetrare nella capsula del tumore e con incisioni conoidi ed escisioni ad enucleardo tutto.

Enucleato il tumore, l'utero acquista sempre, anche quando le sue pareti sono di molto ispessite, tale volume da passare senz'altro e da questo punto l'operazione rientra nel metodo che ho dianzi descritto.

I miomi che ho così operato dalla vagina sono in tutto in numero di 36 che brevemente riporto qui dalle cedole cliniche.

Osservazione I.

Rosina L., d'anni 30. Entra in Clinica la prima volta coi sintomi dell'endometrite emorragica per cui le si pratica il raschiamento, ma tre mesi dopo rientra, essendosi ripresentata la metrorragia. Esaminata in cloronarcosi, si rileva sulla parete posteriore dell'utero tanto all'esplorazione combinata che col cateterismo (che dà 9 cm.) un tumore miomatoso. Viene per ciò sottoposta all'isterectomia vaginale che fu spedita.

Dopo l'atto operativo ebbe a soffrire in seguito all'uso del sublimato di una enterocolite specifica. Da questa operazione in poi nell'irrigazione continua venne fatto uso di acqua bollita con tenuissima quantità di sublimato.

Guarigione. L'utero col mioma era del volume di una gravidanza bimestre.

Osservazione II.

Pulcheria L., d'anni 41, contadina. Non ha nulla nel gentilizio. Prima mestruazione a 12 anni abbondante, e così furono sempre abbondanti le successive. A 19 anni contrasse il matrimonio dal quale ebbe 10 gravidanze, delle quali 9 terminate con parti regolari, l'ultima con aborto nel quale le si dovette fare l'estrazione manuale degli annessi. Da questo puerperio che data da oltre 4 anni la paziente ebbe a soffrire continue metrorragie che la ridussero ad uno stato gravissimo di anemia, per la quale e per le metrorragie riparò in Clinica.

L'utero all'esplorazione combinata si presenta grosso come un utero gravido di *tre mesi*. Sulla parete posteriore si nota un tumore che sporge assai più dalla parte della mucosa che da quella della sierosa.

Si fa diagnosi di mioma dell'utero e si propone l'isterectomia vaginale che viene accettata.

Stante il volume grande dell'utero, volume trovato maggiore dei giorni antecedenti all'atto operativo per una imminente metrorragia, si dovette spaccare la vagina e il perineo onde dar passaggio all'utero, che vengono poi cuciti immediatamente dopo l'isterectomia. Vengono pure esportati gli annessi dell'utero.

Guarigione completa. L'anemia diminuì rapidamente in seguito alle iniezioni ipodermiche di citrato di ferro ammoniacale.

Osservazione III.

Pierina S., d'anni 36. Entra una prima volta in Clinica con un fibroma sottomucoso in istato di sfacelo, collo aperto da permettere

l'introduzione del dito. Essendo il tumore in istato di grandissima mollezza, speravo col cucchiaio tagliente di esportarlo completamente, infatti dopo il raschiamento, la cavità dell'utero era perfettamente libera. Le metrorragie furono assenti per cinque mesi, poi ripresentaronsi imponenti, e la donna ripara nuovamente in Clinica sei mesi dopo il raschiamento.

Riconosciuto il rifacimento del mioma, l'utero riempiendo tutta la cavità pelvica, viene proposta l'isterectomia vaginale che è accettata.

Per dar passaggio all'utero che ha il volume quasi uguale a quello di una testa fetale a termine, si spacca ampiamente la vagina e il perineo, indi, appena terminata l'isterectomia, si cuce con seta la incisione vagino-perineale. Questa aderisce per prima, il decorso fu assolutamente apiretico. Guarigione rapida.

Osservazione IV.

Emilia R., d'anni 35. Ebbe la prima mestruazione a 14 anni regolare. Maritata a 24 anni ebbe una gravidanza con parto e puerperio regolari. Ritornata la mestruazione, questa si presentò subito più abbondante del solito ed andò sempre col ripetersi, aumentando. Così passarono circa sei anni sempre con mestruazioni più abbondanti, finchè durante una mestruazione ebbe a soffrire tutti i sintomi di un ematocele. Ciò avveniva tre anni prima del suo ingresso in Clinica. In seguito a cura conveniente fatta a domicilio, cessarono i dolori più acuti, ma rimasero costanti dolori gravativi all'ipogastrio e menorragie. Entrata perciò in Clinica venne riscontrato utero grosso con un tumore impiantato sul fondo che sporgeva tanto sulla superficie sierosa che sulla mucosa. Proposta l'operazione radicale, non venne allora accettata, per la quale ragione venne praticato il raschiamento che diede un miglioramento soltanto per pochi mesi, laonde ritornò con l'animo deliberato di lasciare fare il necessario.

Riesaminata, si trovò che l'utero era ingrandito, aveva raggiunto un volume triplo del normale, e la sporgenza rilevabile coll'isterometro nella cavità uterina fattasi più estesa.

Praticata l'isterectomia vaginale non presentò che scarse difficoltà. Non fu bisogno alcun sbrigliamento nè della vagina, nè del perineo poichè questo era stato ampiamente lacerato nel parto antecedente.

Il decorso fu assolutamente apiretico.

Osservazione V.

Adele B., d'anni 39. Mestruata la prima volta a 16, lo fu sempre regolarmente fino a 5 mesi prima di entrare in Clinica. Da questo tempo le mestruazioni si sono fatte molto più abbondanti. Ebbe cinque

gravidanze, condotte tutte a termine. Da alcuni anni (nella cartella non è notato il giorno preciso) non ebbe più gravidanze.

Da 5 mesi la mestruazione si è fatta abbondantissima e le compare persino 3 volte in un mese, tanto che la donna è in istato di dimagrimento e di anemia grandissimi. Da un mese e mezzo avverte dolori uterini che essa paragona per intensità e per caratteri a quelli della contrazione uterina.

Infatti all'esplorazione vaginale, si trova il collo uterino trasformato come nel primo periodo del parto, dilatato di 4 cm. e attraverso alla bocca uterina sporge un tumore, il cui polo inferiore corrisponde all'orifizio, il margine destro è inserito per tutta la sua lunghezza lungo tutto il margine corrispondente dell'utero, e distende per il resto tutta la cavità dell'utero, riempiendola completamente. La massa totale dell'utero viene così ad essere uguale a quella di un utero gravido di 5 mesi.

Si fa diagnosi di fibroma dell' utero a sviluppo sottomucoso, con inizio di eliminazione spontanea.

Si esporta, sminuzzandolo, quanto maggiormente si può del tumore. Man mano che si va verso l' alto, fuoriesce dalla parte centrale del tumore un liquido icoroso di odore fetidissimo. Ridotto l'utero da passare per la vagina, previo sbrigliamento della vagina e del perineo, si pratica l'isterectomia, legando successivamente a destra e a sinistra la cupola dei legamenti larghi. Indi si ricuce vagina e perineo.

L'utero sferoidale, dopo aver esportato gran parte del mioma che si sentiva in cavità, pesa ancora 600 gr., oltre alla base d'impianto del primo tumore, contiene ancora un grosso mioma in via di putrefazione, non enucleabile, inserito sul fondo.

Ad onta delle cattive condizioni generali, i primi giorni passano senza fenomeni inquietanti, ma al quinto giorno compaiono tutti i segni dell'infezione peritoneale che decorse sfrenata quantunque si fosse cercercato di medicare subito i peduncoli che si presentarono settici.

La donna muore in nona giornata. Non venne concessa l'autopsia.

Osservazione VI.

Emilia C., d'anni 34. Ebbe la prima mestruazione a 16 anni, sempre regolari fino a 3 anni prima del suo ingresso in Clinica. Ebbe un aborto a 5 mesi durante il quale le si dovette praticare l'estrazione artificiale della placenta.

Non sofferse di alcuna malattia fino a 3 anni or sono; da allora soffre delle copiosissime menorragie e metrorragie, con dolori fortissimi. Riparò per ciò 2 volte in Clinica ove le si propose sempre l'operazione che essa ripetutamente rifiutò, finchè una sera colta da fortissima metrorragia, cadde in deliquio e venne portata d' urgenza in Clinica, ove le si praticò il tamponamento.

All'esame praticato il mattino successivo si riscontra il collo dell'utero trasformato come nel parto, l'utero grosso quanto la testa di un feto ottimestre. Attraverso l'orifizio esterno in cui si introduce a mala pena l'apice dell'indice, si percepisce il polo inferiore di un mioma, che colla sonda si sente inserito sulla faccia anteriore dell'utero.

Viene eseguita l'isterectomia vaginale che riesce assai indaginosa per il volume e la lunghezza dell'utero. Spaccata la vagina e il perineo, questi vengono ricuciti dopo l'isterectomia.

L'utero estratto, che ha il volume di una testa ottimestre, contiene inserito sulla parete sua anteriore un grosso fibroma sottomucoso a larga base. Decorso apiretico, in decima giornata lascia il letto.

Si cura l'anemia con iniezioni sottocutanee di citrato di ferro, e 24 giorni dopo l'operazione, la donna esce in buone condizioni.

Osservazione VII.

Cesira S., d'anni 46. Ebbe la prima mestruazione a 14 anni che furono sempre regolari. Ebbe 10 gravidanze di cui nove condotte a termine e una terminata con aborto quimestre 7 anni or sono. Da 5 mesi è entrata nella menopausa. Essa racconta che da un anno ha notato la comparsa di un dolore all'ipogastrio dapprima, poi diffuso anche nelle fosse iliache, specialmente la destra. I dolori sono andati sempre aumentando, finchè da 6 mesi notò nella fossa iliaca di destra la presenza di un tumore. Essendosi oramai fatti intollerabili i dolori, e notando l'aumento del tumore, la donna riparò in Clinica.

All'esame notasi che non si ebbe mai la comparsa di emorragie, e anzi la menopausa non venne disturbata da un tumore che impiantato sul fondo dell'utero, del volume di una testa fetale a termine, è adagiato e fisso nella fossa iliaca di destra, e si continua senza linea di demarcazione col fondo dell'utero stesso. Isterectomia vaginale. Incisione della vagina come il solito, e legatura simultanea e alternata dei legamenti larghi. Staccato l'utero, si lacerano colle dita le adesioni non resistenti del tumore colla fossa iliaca di destra e col contorno destro dello stretto superiore. Un'ansa intestinale, aderente al tumore scende con questo e si distacca colle dita. Per impedire l'ernia delle anse, di cui una faceva prolasso in vagina, si chiude con un punto mediano la vagina e si fa un tamponamento.

L'utero estratto ha una forma bizzarra. Il collo è grosso come il doppio del normale. Il corpo è più piccolo e apparisce come il peduncolo del tumore che impiantato sopra tutto il fondo dell'utero si presenta come una degenerazione miomatosa di tutto il fondo uterino. Il peritoneo di rivestimento del tumore era assai iperemico, e presentava vasi assai ectasici.

Decorso apiretico, in nona giornata lascia il letto.

Osservazione VIII.

Elvira B., d'anni 48. Prima mestruazione a 13 anni che fu sempre regolare. Una gravidanza condotta a termine e 2 abortive. Da 3 mesi soffre menorragie e metrorragie che non si lasciarono vincere da nessuna delle cure interne fatte a casa, per cui ricorre in Clinica.

All' esame notasi la presenza di numerose irregolarità sul collo dell'utero, facilmente sanguinanti e nettamente delimitate dalla vagina. Il corpo dell' utero è grosso quanto in una gravidanza quadrimestre con delle sporgenze grosse quanto una nocciuola o una noce. L'utero così ingrossato gode di una discreta mobilità, i legamenti larghi appariscono all'esplorazione combinata liberi da ogni infiltrazione.

Si fa diagnosi di epitelioma del collo in utero miomatoso. Per la doppia indicazione si pratica l'isterectomia vaginale. Per la friabilità somma del neoplasma cervicale, l'operazione è resa enormemente difficile. Si è obbligati ad impiantare i fili sui legamenti larghi e tirare sopra questi per ottenere l' abbassamento dell' utero. Si lascia aperta la vagina.

L' utero estratto si presenta coi caratteri diagnosticati in sede. Decorso apiretico.

La donna venne perduta di vista.

Osservazione IX.

Felicita B., d'anni 48. Prima mestruazione a 15 anni, le successive regolari fino a questi ultimi tempi. Ebbe 8 gravidanze tutte condotte a termine di cui una gemellare. Dei parti 5 furono naturali, 2 terminarono col rivolgimento, e uno con l'applicazione di forcipe. Dei puerperii furono normali quelli successivi ai parti naturali, patologici gli altri.

Da 8 mesi si lagna di dolori pelvici e menorragie dapprima, ora vere metrorragie abbondantissime, segnatamente l'ultima che la ridusse, secondo l'espressione dell'ammalata, in fin di vita, e che non è ancora totalmente cessata al momento dell' ingresso dell'ammalata in Clinica.

Al suo ingresso essa presentasi assai pallida, pallide le mucose visibili, colorito giallo-terreo del viso. I genitali esterni presentano i caratteri di una profonda anemia. Vagina e collo uterino normali. Corpo dell' utero grosso quanto una gravidanza trimestre, duro, poco mobile per pregresse parametriti. La forma del corpo dell'utero tende alla sferica, gli annessi sono normali. L'isterometro dà 9 1[2 cm. di diametro verticale e produce facile e abbondante emorragia. Colla sonda si rilevarono numerose irregolarità sulla superficie mucosa, ma facilmente friabili.

Si fa diagnosi di degenerazione maligna della mucosa uterina.

L'isterectomia vaginale fu resa difficile dalla quasi inestendibilità

dei legamenti larghi e da una eccessiva aderenza della vescica all'utero causa le infiammazioni pelviche avute nei puerperi.

L'utero assai grosso, del peso di 350 gr., presenta una ipertrofia semplice molto pronunciata della mucosa ed una degenerazione miomatosa di tutto il corpo, segnatamente del fondo. Decorso apiretico. Guarigione rapida.

Osservazione X.

Assunta C., età 48. Prima mestruazione a 14 anni, regolari fino a tre anni prima d'ora. Ebbe 12 gravidanze di cui 10 condotte a termine, una a 7 mesi e una a 3 mesi. Puerperi tutti fisiologici.

Da tre anni accusa dolori sacro-lombari assai forti tanto da impedirle ogni lavoro, e in questi ultimi tempi la stazione eretta. Contemporaneamente all'aggravarsi di questi dolori, le mestruazioni acquistarono il carattere di menorragie, fino a che da due mesi è in preda ad una metrorragia che senz'essere mai molto abbondante è però sempre continua.

La vagina è ampia, e i genitali esterni sono beanti. Il collo dell'utero è assai voluminoso. Il corpo è grosso come ad una gravidanza di 4 mesi, sferoidale, regolare nella superficie esterna, molto duro, discretamente mobile. L'ovaio destro grosso quanto un ovo di gallina è manifestamente cistico. L'isterometro progredisce con qualche difficoltà per la tortuosità del condotto, dà 12 cm. di diametro verticale e provoca facilmente sangue.

L'isterectomia non presentò grandi difficoltà, causa la larghezza della vagina e dei genitali esterni.

L'utero estratto pesa 400 gr. e contiene due miomi, uno nella parete anteriore e uno nella posteriore senza evidente capsula, e immedesimati col tessuto proprio dell'utero. L'ovaio destro è nelle condizioni descritte. La cavità cistica pare proveniente da una idrope del follicolo.

Il decorso post-operatorio fu apiretico.

Osservazione XI.

Adelaide S., d'anni 54. Prima mestruazione a 12 anni. Dieci gravidanze di cui otto a termine e due abortive con puerperi tutti fisiologici. Da cinque anni è menorragica. Quattro anni fa fu operata, a suo dire, di un polipo del collo uterino, ma la mestruazione conservò lo stesso carattere. Anzi in queste ultime tre ricorrenze, l'abbondanza del sangue fu ancora più copiosa. Per l'età sua avanzata, e per lo stato generale assai deperito ricorre in Clinica.

All'esame locale si nota: genitali esterni di pluripara. Vagina ampia rugosa. Utero voluminoso come in una gravidanza trimestre. Porzione intravaginale del collo brevissimo. Fornici vaginali quasi inestendibili,

tanto che l'esplorazione combinata riesce assai difficilmente. Colla sonda l'utero apparisce immobile nella pelvi. Fa impressione lo spessore tanto delle pareti ant. e post. quanto del fondo dell'utero rilevato col mezzo della sonda e della mano collocata sull'ipogastrio. Nella cavità si rilevano coll'isterometro numerose sporgenze della mucosa, delle quali una verso il fondo si sente assai grossa. Annessi normali.

Si fa diagnosi di polipo mucoso della cavità con degenerazione miomatosa dell'utero fisso per pregressa parametrite.

Riesce difficile l'incisione dei fornici e la legatura dei legamenti larghi perchè l'utero non scende per nulla. Comincia solo ad abbassarsi dopo che da ambedue i lati si è arrivati colla incisione alla metà dei legamenti larghi.

L'utero estratto è assai voluminoso e presenta un enorme spessore delle pareti, specialmente verso il fondo ove lo spessore è di 4 cm. In esso si vedono parecchi miomi della grossezza di un pisello o poco più. Nella cavità sporge un polipo mucoso della grossezza di un grosso fagiolo. La mucosa è ovunque ipertrofica.

Decorso leggermente febbrile per catarro intestinale che cede subito ad un enteroclisma borico e all'amministrazione di laudano.

Osservazione XII.

Chiara F., età 46. Prima mestruazione a 14 anni, le successive sempre regolari fino a due anni or sono. Ebbe sei gravidanze condotte a termine con puerperii fisiologici.

Da due anni la malata ha notato che le mestruazioni si sono fatte più abbondanti del consueto e più ravvicinate, così che da alcuni mesi i giorni in cui è libera dal sangue sono pochissimi; da due mesi poi la perdita è si può dire continua, sebbene alcuni giorni non abbia avuto che poche goccie di sangue dai genitali. Oltre a ciò avverte dolori nei due quadranti inferiori dell'addome.

I genitali esterni portano le traccie dei parti antecedenti. Il collo dell'utero è normale. Il fornice posteriore è spinto fortemente in basso da un tumore che occupa lo spazio del Douglas. I movimenti impressi al tumore si comunicano anche all'utero. Questo tumore occupa buona parte della cavità pelvica e spinge anteriormente l'utero. All'isterometro l'utero dà 8 cm. Gli annessi sono normali.

Si fa diagnosi di mioma della parete posteriore dell'utero.

L'isterectomia richiese l'incisione vagino-perineale per il volume dell'utero che faceva corpo col tumore. Per ottenere l'emostasi definitiva fu mestieri applicare due klemmer di Richelot, uno per parte.

L'utero esportato portava sulla parete posteriore un mioma del volume di una testa di feto settimestre e l'utero era in retroflessione.

Decorso apiretico.

Osservazione XIII.

Augusta M., età 46. Prima mestruazione a 16 anni, le successive regolari fino a tre mesi or sono. Ebbe 17 gravidanze, delle quali condotte a termine otto, tutte le altre abortive al 3.° mese. I puerperi furono tutti fisiologici. Da tre mesi ha perdite continue di sangue dai genitali e da una quindicina di giorni dolori sacro-lombari.

Ricorse, dopo le prime perdite, ad un sanitario, il quale giudicando trattarsi di un nuovo aborto, la sottopose al raschiamento dell'utero e al tamponamento della cavità uterina, ma l'emorragia continuando e le forze essendo in continua diminuzione, la donna, durante un accesso grave di emorragia, viene condotta in Clinica.

Non permettendo le condizioni generali nulla di energico, si prese il partito di raschiare l'utero e tamponarlo allo scopo di ottenere un temporaneo arresto dell'emorragia, indi con iniezioni di citrato di ferro rialzare alquanto le forze.

Infatti per due mesi furono assenti le metrorragie e le condizioni generali furono rialzate a segno di poter pensare ad una cura radicale.

L'esame locale prima dell'atto operativo rileva collo e corpo dell'utero enormemente aumentati di volume. Sulla parete antero-laterale sinistra si sente una sporgenza grossa quanto un arancio, dura, regolare che si sviluppa nello spessore del legamento largo corrispondente.

Coll'isterometro si avverte che un tumore sporge nella cavità e parte dalla parete laterale di sinistra.

Gli annessi sono normali. Si fa diagnosi di mioma interstiziale del margine sinistro dell'utero a sviluppo per la massima parte intralegamentoso.

La mucosa dell'utero è friabilissima, tanto che l'emorragia si ripresenta durante l'esame. Si fa subito il tamponamento vaginale e si prepara per l'isterectomia all'indomani.

L'operazione fu difficile a sinistra per il distendimento delle pagine del legamento largo corrispondente, ove tutti i lacci posti lasciarono la presa dopo la sezione del legamento stesso per la distensione subìta dalle pagine peritoneali. L'emostasi si ottiene con due klemmer di Richelot che compresero tutta l'altezza del legamento largo di sinistra.

L'utero estratto corrisponde in tutto ai caratteri descritti. Il tumore partiva dal margine sinistro dell'utero, sporgeva alquanto in cavità; ma si sviluppava prevalentemente fuori nello spessore del legamento largo.

Decorso apiretico. Si alza in 11.ª giornata.

Osservazione XIV.

Elisa B., anni 46. Prima mestruazione a 15 anni, le successive regolari fino a 10 anni or sono in cui sono diventate menorragiche.

Ebbe una sola gravidanza, 21 anni fa, con parto naturale e puerperio fisiologico.

Da 10 anni in qua l'ammalata cominciò ad accusare dei dolori alla regione ovarica di sinistra, ed a notare le mestruazioni farsi assai più abbondanti. Esse durano ora 10-12 giorni e compaiono ogni 22-24 giorni, cosicchè tali frequenti ed abbondanti perdite la ridussero ad uno stato gravissimo di anemia. La vagina è pallidissima, il muso di tinca dista cinque cm. dall'ostio vulvare. Dal margine destro dell'utero parte un tumore della grandezza di un ovo di piccione che si sviluppa nello spessore del legamento largo corrispondente. L'isterometro dà 8 cm. L'utero è in antiflessione marcata.

Mioma sottosieroso a sviluppo intralegamentoso.

Si esporta l'utero cogli annessi. L'utero presenta i caratteri descritti, compreso il tumore; spaccato esso si presenta addirittura tempestato da una miriade di miomi i quali da un volume di una lenticchia andavano fino a quello riscontrato nell'esame. Gli annessi erano in istato di ovarite microcistica e salpingite parenchimatosa bilaterale.

Decorso apiretico, escé dalla Clinica in 12.ª giornata.

Osservazione XV.

Susanna R., d'anni 33. Si presentò in Clinica con i sintomi di metrite parenchimatosa dolorosa. Si fece perciò l'amputazione sottovaginale del collo alla Schroeder. Il miglioramento fu passeggero e, dopo due mesi essendosi ripresentata l'emorragia e i dolori, venne esaminata in cloronarcosi e riscontrato sul fondo dell'utero, verso il corno sinistro, una intumescenza che dava un volume assai maggiore all'utero in questo punto in confronto del simmetrico di destra. Posto il sospetto di fibromioma dell'utero; riuscita vana l'operazione conservatrice, si eseguisce l'istero-ovaro-salpingectomia.

Stante l'amputazione del collo, fu alquanto indaginosa la prima parte dell'atto operativo, che poi seguì spedito. Durata complessiva 35'. L'utero estirpato presenta tutti i segni macroscopici della metrite iperplastica sclerosante, e sul corno sinistro un piccolo mioma sottomucoso del volume di una nocciola.

Decorso leggermente febbrile per necrosi settica del peduncolo di sinistra. T. massima 39. 4 in 6.ª giornata. In 7.ª giornata si porta la donna sulla seggiola ginecologica, e si escide il peduncolo settico. La temperatura decade subito. Alla sera 38. 1. Alla sera dell'8.º giorno 37. 6 indi apiressia. Si alza in 20.ª giornata ed esce dalla Clinica in 24.ª

Osservazione XVI.

Carolina A., d'anni 40. Prima mestruazione a 15 anni, regolari le successive sino a 3 anni or sono. Ebbe 4 gravidanze condotte a ter-

mine con parti naturali e puerperi fisiologici, tranne l'ultimo in cui fu colpita da subinvoluzione, metrorragie e spostamento dell'utero, 13 anni or sono. Fece molte cure per liberarsi dai disturbi che questo stato di cose le procurava e specialmente disturbi nervosi e una stitichezza ostinata. A questi incomodi si sono aggiunti da 3 anni metrorragie che sono andate sempre facendosi più intense, fino a produrle lo stato presente di profonda anemia.

All'esplorazione si palpano tanto sul fondo che sul collo uterino vari miomi, di cui il maggiore è uno che occupa il collo e l'istmo dell'utero, grosso quanto un ovo di gallina. L'ovaio di destra prolassato nello spazio del Douglas è cistico, e si palpa grosso quanto una noce col mallo e mobile.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. L'operazione fu spedita. L'utero preso in complesso è grosso quanto un arancio e allungato notevolmente nel collo per la presenza del mioma descritto. Decorso apiretico, lascia il letto in 11.ª giornata e la Clinica in 13.ª

Osservazione XVII.

N. N., d'anni 42. Dolori vivissimi, menorragie e metrorragie. Piccolo mioma dell'utero a sviluppo endoligamentoso e noduli cicatriziali da cure pregresse.

Isterectomia vaginale, decorso apiretico.

Osservazione XVIII.

Maria B., d'anni 30. Prima mestruazione a 14 anni, le successive un po' irregolari per periodo di ritorno, spesso in ritardo. Maritata da 10 anni ebbe due gravidanze con parti naturali a termine. Nell'ultimo puerperio ebbe un processo febbrile. L'ultima gravidanza data da 5 anni. In questi ultimi anni le mestruazioni si sono fatte abbondantissime, con espulsione di grossi coaguli. Di quando in quando osserva delle amenorree che sono poi subito seguite da emorragie forti.

L'esame in cloronarcosi rivela 2 miofibromi interstiziali, uno sulla parete anteriore in vicinanza dell'orifizio interno, l'altro più piccolo verso il fondo sulla parete posteriore.

Istero-ovaro-salpingectomia bilaterale. Gli annessi di destra, non potendosi estirpare per aderenze molte e tenaci, si strozzano in mezzo a 2 grossi klemmer onde ottenerne la caduta per necrosi; 24 ore dopo si tolgono i klemmer, nessuna perdita sanguigna. Leggero rialzo termico (T. massima 38. 6 in 10.ª giornata per la necrosi degli annessi di destra). In 10.ª giornata si medica e si estraggono con le pinze da medicatura gli annessi di destra che sono caduti interamente in necrosi. Ne segue rapida apiressia e guarigione pronta.

Osservazione XIX.

Maria V., d'anni 37. Prima mestruazione a 11 anni, le successive sempre dolorose. Maritata a 23 anni ebbe 7 gravidanze delle quali 4 a termine e 3 abortive. I puerperi furono tutti regolari. Da 5 anni è sterile.

La dismenorrea non l'abbandonò mai, e da 4 mesi, in seguito, ella dice, ad uno sforzo fatto durante la mestruazione, ebbe un dolore fortissimo alla regione sacro-lombare ed una perdita sanguigna fortissima. Da questo momento i dolori non l'abbandonarono più, come pure fu quasi costante la metrorragia.

Esaminata in cloronarcosi si rileva quanto segue: Genitali esterni di pluripara. Lacerazione vulvo-vagino-perineale quasi completa. La vagina è ampia, i fornici abbassati, il muso di tinca dista dai genitali esterni 2 1[2 cm. L'utero è grosso quanto in una gravidanza di 3 mesi, poco mobile, specialmente a destra e verso il fondo. Presenta sulla faccia posteriore una sporgenza dura e liscia che colla sonda uterina si sente anche sporgere verso la cavità, la quale apparisce tortuosa. La sonda rileva pure sul margine destro una rilevatezza che sporge pure verso la superficie esterna del margine corrispondente dell'utero, e si addentra nello spessore del legamento largo dello stesso lato, riducendone la cedevolezza. Diagnosi: miomi multipli, di cui uno a sviluppo intraligamentoso in parte.

Stante le gravi condizioni generali e l'anemia di grado elevato, si pratica seduta stante il raschiamento dell'endometrio e si zaffa la cavità con garza sterilizzata allo scopo di arrestare temporaneamente l'emorragia. Indi con le iniezioni sottocutanee di citrato di ferro si cerca di migliorare lo stato generale onde poterla sottoporre alla cura radicale. Per quattordici giorni dopo questa cura, le emorragie non si presentano più, ma l'utero cresce rapidamente e saltuariamente, esso arriva col fondo a 5 dita trasverse sul pube e riempie completamente lo scavo.

L'isterectomia venne fatta colla sutura continua. Incisione della vagina e del perineo per dare passaggio all'utero ad onta della preesistente lacerazione perineale, incisione che si sutura subito dopo l'isterectomia. Estrazione contemporanea degli annessi. Nessuna emorragia durante l'atto operativo. L'utero estratto presenta un mioma unico diviso in due lobi, i quali avevano coll'utero gli stessi rapporti dei due tumori ritenuti separati durante l'esame.

L'esame del campo operativo in 10.ª giornata rileva adesione per prima dell'incisione vagino-perineale, adesione della vagina. Condizioni locali eccellenti. Viene trattenuta in Clinica altri 14 giorni ancora per fare la cura sottocutanea delle iniezioni di citrato di ferro.

Osservazione XX.

Teresina B., d'anni 36. Prima mestruazione a 17 anni. Nubile. Entra in Clinica una prima volta con polipi mucosi del condotto cervicale che si esportano col semplice raschiamento.

Un anno dopo rientra con utero grosso quattro volte il normale, e tanto colla sonda quanto colla palpazione combinata, si rilevano delle irregolarità che fanno fare diagnosi di miomi multipli sottosierosi e sottomucosi.

È interessante il notare che in questo caso le mestruazioni erano soltanto un po' più abbondanti del normale; le sofferenze dipendevano dallo stato anormale degli annessi che grossi e dolentissimi spinsero questa ragazza a tentare l'operazione radicale che viene eseguita vista la miomatosi dell'utero.

Il distacco dell'utero tanto posteriormente che anteriormente presenta difficoltà tali che si rinuncia di entrare nel peritoneo in primo tempo. Soltanto quando l'utero è distaccato nei suoi margini si riesce a sfondare lo spazio del Douglas, obliterato da vecchie aderenze, e col dito rivolto all'innanzi, dopo aver circondato il fondo dell'utero, si apre la plica vescico-uterina dall'interno all'esterno.

Estratto l'utero si estraggono gli annessi d'ambo i lati. Venne usata la sutura continua dei legamenti larghi e con un solo filo per lato venne legato tutto il legamento. Decorso apiretico. Adesione per prima della vagina.

L'utero pesa gr. 200. La convalescenza venne molestata da una paresi degli arti superiori da compressione dei tronchi del plesso brachio-cefalico, passanti tra la clavicola e la 1.ª costa compressi durante la cloronarcosi a braccia rialzate ai lati del corpo e tenuti in forzata abduzione ed innalzamento.

Osservazione XXI (1).

Maria C., d'anni 60. Amenorroica da 17 anni, la menopausa non le procurò molestie. Da 2 anni comparvero perdite sanguigne che dapprima scarse si fecero poi abbondantissime tanto che i periodi di sosta più lunga durano 2 giorni. Stato generale scadutissimo. L'esame locale rileva avanzato lo stato senile dei genitali esterni e della vagina. L'utero ha il volume di una gravidanza di un mese e mezzo, ma non vi si trovano tumori rilevabili nè colla palpazione bimanuale, nè coll'aiuto della sonda, la quale provoca la fuoriuscita di sangue.

Diagnosi: adenoma dell'endometrio.

---

(1) Sebbene in questo caso si trattasse di polipo mucoso, per l'enorme volume di questo e dell'utero, ho creduto, per le condizioni tecniche, comprenderlo fra i miomi.

Itero-ovaro-salpingectomia. L'operazione presenta difficoltà per la ristrettezza ed inestendibilità della vagina, tanto che richiedesi lo sbrigliamento vagino-perineale come di solito, e che si chiude subito dopo l'operazione. Emostasi completa. Durata complessiva dell'operazione 40'.

L'utero estratto contiene un enorme polipo mucoso peduncolato partente dallo sbocco della salpinge destra e lungo 5 cm.; esso riempie tutta la cavità uterina dilatata.

Decorso apiretico. Adesione per prima della sutura vagino-perineale e della ferita del fondo vaginale.

Si alza in 11.ª giornata ed esce in 13.ª

Osservazione XXII.

Regina C., d'anni 35. Prima mestruazione a 13 anni, le successive regolari per periodo e per durata, ma sempre dolorose. È sterile. Da tre mesi menorragie abbondanti e dolori fortissimi nella pelvi.

L'utero è grosso come in una gravidanza di 3 mesi, regolare, assai duro ed espanso verso il fondo. Colla sonda e colla palpazione bimanuale si avvertono le pareti tutte e specialmente il fondo notevolmente spessi.

Diagnosi: fibromiomi multipli intramurali dell'utero.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Stante il grande volume dell'utero e lo stato dei genitali esterni si pratica subito la elitro-episiotomia sinistra. Tuttavia l'utero scende sempre assai difficilmente, tanto che si è obbligati a ricorrere allo sminuzzamento, col quale si riesce ad estrarre l'utero che in alcuni punti ha uno spessore ed una durezza straordinarî. Tutto il fondo è della consistenza e dell'aspetto macroscopico del mioma assai duro; non fu possibile nei 4 pezzi nei quali venne ridotto l'utero trovare una vera capsula, ma il fondo aveva tutto l'aspetto del mioma.

Durata dell'operazione: ore 1. 10'. Vengono lasciati in sito 4 klemmer, 2 per ogni lato, che vengono tolti 48 ore dopo.

Emostasi completa. Decorso apiretico. In 10.ª giornata esaminato il campo operatorio si trovò aderita per prima la elitro-episiorrafia ed aderito il fondo vaginale.

Osservazione XXIII.

Santa M., d'anni 49. Prima mestruazione a 13 anni, regolari le successive fino a sei anni or sono. Maritata a 20 anni, ebbe 4 gravidanze, delle quali 3 a termine e una abortiva.

Da 6 anni soffre di continue menorragie e metrorragie. Esaminata allora da un medico, le praticò un'operazione che l'ammalata non sa precisare; ma pare l'estrazione di qualche polipo uterino sporgente in cavità. Per 4 anni le metrorragie diminuirono tanto da parere gua-

rita, ma da due anni le metrorragie si presentarono di nuovo e in tanta copia è il sangue da produrre dei frequenti deliquii.

All'esame locale ecco quanto si rileva: in vagina un tumore sporgente dalla bocca dell' utero aperta di 5 centimetri, e contenuto nel collo da distenderlo tanto da portarlo a contatto delle pareti pelviche. Esso è inserito sopra tutta la parete posteriore del collo dell'utero. Al di sopra di questo tumore se ne sente un secondo che distende l'utero come in una gravidanza di sei mesi. Il legamento largo di destra è pure disteso e fisso; mentre quello di sinistra apparisce libero.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Collo sminuzzamento si incomincia ad estirpare il mioma del collo che è grosso quanto un arancio. L'orifizio interno è aperto di 1 cm. e permette di sentire nella cavità uterina un secondo mioma che, inserito sul margine di destra, lo occupa per intero ; esso ha il volume di una grossa testa fetale a termine. Coll' incisione conoide si ottiene una dilatazione di 4 cm. dell'utero, previa allacciatura dell'arteria uterina.

Collo sminuzzamento del secondo mioma lo si estrae dalla cavità. Si riconosce allora che esso è in connessione diretta, anzi in continuità con quello che distende e fissa il legamento largo di destra.

Reso possibile l' impegno e l' abbassamento dell' utero, si pratica l' allacciatura di tutto il legamento largo di sinistra e del terzo inferiore di quello di destra. Ottenuto allora il capitombolo laterale sinistro e stirato alquanto il legamento largo di destra, viene serrata la parte ancora integra di esso con due klemmer, i quali vengono lasciati in sito.

L' atto operativo durò 50 minuti, lo svuotamento dei due tumori 27 minuti. Ottenuta l'emostasi si zaffa la vagina con garza asettica.

Decorso apiretico. In 10.ª giornata, esaminato il campo operativo si trovano alcuni peduncoli necrosati in via di eliminazione, che vengono facilmente estratti con le pinze.

La donna rimane in Clinica fino al 22.º giorno per la cura sottocutanea di ferro. Esce in buone condizioni.

Osservazione XXIV.

Carlotta F., d' anni 51. Mestruazione prima a 13 anni, regolare. Maritata a 35 anni, ebbe due gravidanza, terminata la prima con parto a termine, la seconda con aborto trimestre. Puerperi regolari. Dall' aborto in poi ebbe sempre un senso di peso all' ipogastrio. Esaminata da uno specialista, le fu ordinato un pessario che portò per molto tempo e che diventato intollerabile estrasse da sè. I suoi disturbi continuarono sotto forma di dolori addominali, peso in corrispondenza del piano perineale, prolasso delle pareti vaginali.

All'esame bimanuale notasi ptosi vaginale anteriore e posteriore.

Nel punto di inserzione della parete vaginale posteriore sul collo si rileva una cicatrice vecchia data dal pessario. Il collo è grosso, il labbro posteriore più dell'anteriore. Il corpo dell'utero, grosso come in una gravidanza di due mesi e mezzo, è portato in retroversione di 2.° grado e tutto il viscere è un po' abbassato. Sulla parete uterina posteriore si rileva una sporgenza che fa corpo col viscere.

Diagnosi: retroversione di 2.° grado, prolasso uterino di 1.° grado, fibromioma della parete uterina posteriore.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale che decorre senza incidenti. Aperto l'utero si trova un mioma intramurale, che è grosso come un uovo di pollo, nello spessore della parete posteriore, piccoli miomi interstiziali e sottosierosi molteplici, due polipi mucosi della cavità cervicale.

Decorso apiretico. L'operata esce in 21.ª giornata in buone condizioni.

Osservazione XXV.

Barbara C., d'anni 36. Prima mestruazione a 15 anni. Maritata a 19 anni ebbe 4 gravidanze con 2 parti a termine e 2 aborti. Dall'ultimo aborto avvenuto 9 anni or sono le mestruazioni si sono fatte progressivamente più abbondanti. Da 5 anni poi alle menorragie si sono aggiunte metrorragie delle quali alcune veramente imponenti tanto da fare temere della sua vita.

Le mucose visibili sono tutte pallidissime, il colorito del viso è giallo-terreo, le palpebre un po' edematose.

L'utero è ingrandito come in una gravidanza al 4.° mese, ed è tutto contenuto al disopra dello stretto superiore, ove si mantiene costantemente. La sonda penetra deviando dal lato destro e posteriormente. La parete antero-laterale sinistra è occupata da un tumore del volume di una testa di feto a termine. La cavità misura 12 cm.

Diagnosi: mioma interstiziale della parete antero-laterale sinistra.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Incisi i fornici anteriore e posteriore, legate le arterie uterine, si esporta tutto il segmento inferiore dell'utero, indi si incomincia l'enucleazione del tumore collo sminuzzamento. Ridotto così l'utero a penetrare nella pelvi si termina col modo solito l'isterectomia.

Decorso apiretico. L'operata esce in 13.ª giornata.

Osservazione XXVI.

Rosa G., d'anni 42. Prima mestruazione a 15 anni. Maritata da 10 anni, è sterile. Le emorragie non cominciarono che da 20 giorni, ma furono tali che obbligarono la donna a riparare in Clinica.

Esaminata si trova la porzione intravaginale del collo brevissimo, quasi assorbita da un tumore voluminoso, sviluppato nella parete an-

teriore dell' utero, collo compreso. Il tumore è tutto al disopra dello stretto superiore, ed impartisce all'utero una forma globosa del volume di una gravidanza quimestre.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Per lo sviluppo grande della parete anteriore dell'utero non è possibile raggiungere la plica vescico-uterina, che si apre ad operazione inoltrata.

Stante la ristrettezza della vulva e della vagina e la grande elevazione del tumore si incomincia subito con la elitro-episiotomia. Col solito metodo, esportato il segmento inferiore dell'utero, si estrae collo sminuzzamento il tumore, indi abbassato l'utero si apre la plica vescico-uterina, si legano i legamenti larghi fino alla parte alta.

Stante la loro brevità ed inestendibilità si colloca un klemmer per parte sulla parte più elevata.

Decorso apiretico. Uscita in 20.ª giornata.

Osservazione XXVII.

Clelia S., età 39. Ebbe la prima mestruazione a 11 anni. Le mestruazioni furono sempre regolari per periodo, ma abbondantissime. In questi ultimi mesi poi si sono fatte così copiose da indurre in uno stato così grave di anemia l'ammalata da determinarle continui deliquii. Inoltre è tormentata da dolori intensissimi lombo-addominali.

All' esame combinato si riscontra il collo dell' utero normale, il corpo notevolmente ingrossato da un tumore che risiede sulla sua parete anteriore e che raggiunge complessivamente il volume di un utero gravido di 4 mesi, tanto che il viscere ha ormai abbandonato la cavità pelvica e risiede sullo stretto superiore. L' isterometro devia posteriormente e misura 12 cm.

Diagnosi: mioma interstiziale della parete anteriore dell'utero.

Isterectomia vaginale. Aperto il fornice posteriore e l' anteriore, legate le due arterie uterine si esporta il segmento inferiore dell' utero. Ottenuta un'apertura di 4 cm. si penetra nella capsula del tumore e colle sezioni conoidi si esporta tutto il tumore. Ottenuto così l'impegno dell' utero si legano i due legamenti larghi e si esportano gli annessi.

Decorso apiretico. Uscita in 11.ª giornata.

Osservazione XXVIII.

Maria T., età 35, maritata da 12 anni, è sterile. Nove anni or sono, accompagnati da dolori pelvici, sorsero d'un tratto fenomeni di occlusione intestinale con vomito stercoraceo, vinto coi soliti mezzi. Non ebbe mai menorragie nè metrorragie, ma accusò sempre dolori fortissimi nella pelvi e all' ipogastrio.

Durante gli otto giorni che la donna rimase in Clinica prima dell'operazione il tumore aumentò di volume sensibilmente. Esso ha la

forma globosa e arriva col suo polo superiore alla cicatrice ombellicale. L'isterometro dà 15 cm.

Nella tema che il rapido aumento venga ad impedire l'intervento vaginale, mi decido subito per l'operazione. Colpo-peritoneotomia preventiva. Esportato il segmento inferiore dell'utero, si penetra nella capsula del tumore che viene estratto, non senza difficoltà, con incisioni conoidi. Durata dell'atto operativo 1. 55'. Il tempo fu quasi tutto impiegato dall'ingente numero di incisioni conoidi che si richiesero prima di ottenere l'impegno dell'utero. Da questo momento l'operazione decorse spedita. Il peso del tumore, senza sangue, e senza qualche pezzo andato perduto durante l'operazione, fu di 990 gr.

Il decorso fu apiretico e la donna uscì dalla Clinica in 22.ª giornata, completamente ristabilita.

Osservazione XXIX.

Maria B., età 44. Prima mestruazione a 14 anni, regolari le successive. Maritata a 19 anni, è sterile.

Da due anni ha metrorragie intermittenti. La perdita sanguigna è quasi continua però, poichè ne rimane libera pochissimi giorni per ogni mese.

Condizioni generali deperite; anemia generale, soffi anemici ai vasi principali e al cuore.

Genitali esterni di nullipara. Vagina stretta. Collo dell'utero normale un po' più molle che d'ordinario. Corpo dell'utero ingrossato come in una gravidanza di un mese e mezzo. Sul corno di destra e posteriormente presenta una grossa sporgenza fatta da un nodo grosso come un uovo di gallina.

Diagnosi: mioma uterino.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale, che decorre speditamente. L'utero presenta i caratteri notati nell'esame. Decorso apiretico. Uscita in 16.ª giornata.

Osservazione XXX.

Albina C., età 33. Ebbe due gravidanze: terminate, la prima con parto prematuro di 7 mesi e la seconda (7 anni or sono) con aborto quadrimestre.

Da tre mesi, essendo febbricitante, è in cura di un sanitario che avendo scoperto subito un tumore endopelvico consigliò all'ammalata di ricorrere al ginecologo. Ma le sofferenze non essendo molto intense essa rifiutò il consiglio.

Da 8 giorni però le sofferenze si sono fatte notevolmente maggiori; la febbre si è fatta viva, soffre dolori acuti nel quadrante inferiore di sinistra irradiantisi all'arto infer. corrispondente e alla regione lombo-

sacrale. I dolori sono intermittenti, di carattere lancinante, che lasciano di poi un'impressione di forte bruciore alla parte. Contemporaneamente la paziente avvertì un rapido ingrandimento del tumore, che prima non si percepiva dal lato del ventre. La mestruazione che da tre mesi erasi fatta più abbondante del solito, in quest' ultima ricorrenza è diventata abbondantissima. Allarmata da questo rapido aggravarsi delle sue condizioni locali e generali, ripara in Clinica decisa ad accettare qualunque consiglio.

Lo stato presente dà le seguenti note: cute e mucose visibili pallide, pannicolo adiposo scarso, masse muscolari atrofiche.

Alla palpazione del quadrante inferiore sinistro si nota un tumore che occupa la fossa iliaca e si eleva dallo stretto superiore raggiungendo una linea tirata a 4 dita al disopra della sinfisi pubica: il tumore si palpa duro senza apparente fluttuazione a superficie non molto irregolare, assai dolente alla palpazione.

Coll' esame combinato si rileva un tumore che in basso si spinge fino a 5 cm. dalla vulva, occupa e distende il fornice posteriore e laterale sinistro spingendosi fino al fornice laterale destro. La vagina è portata in avanti dal tumore, e il retto giace al di dietro. Il collo dell'utero è molto in alto e atrofico, il corpo dell'utero non si distingue dalla massa del tumore.

La consistenza in basso del tumore è dura come in alto; ma non ha la durezza dell'ematocele vecchio. Gli annessi di destra sono liberi e normali, quelli di sinistra fanno corpo con il tumore e sono dolentissimi. Al suo ingresso in Clinica la donna è febbricitante (T. 39. 2) e continua così oscillando fra i 38. 5 e 39. 5 per i primi 10 giorni di permanenza in Clinica, indi la febbre rimette oscillando fra i 37. 5 e 38. 5 fino al 20.° giorno. Da questo tempo la temp. si fa normale. Intanto dai genitali non essendo mai uscito nulla, ed il tumore andando gradatamente aumentando, si allontana il dubbio di ematocele e si pone il diagnostico di mioma uterino a sviluppo intraligamentoso, complicato da peritonite pelvica.

Durante l'operazione, che fu difficilissima, si riconosce subito che il tumore è formato da un mioma che partito dalla superficie posteriore dell' istmo dell'utero si era sviluppato nello spazio del Douglas, contraendo subito con esso delle fortissime aderenze. Esso aderiva tenacemente con tutta la faccia anteriore del sacro e con la parte più bassa della colonna vertebrale, con tutta la faccia posteriore del legamento largo di sinistra e parte della faccia posteriore di quello di destra.

Le aderenze non avendogli permesso di risalire nella cavità addominale, obbligarono il tumore a svilupparsi tanto in basso quanto in alto, distendendo così e abbassando notevolmente lo spazio del Douglas. Era quindi un mioma a sviluppo pseudo-ligamentoso.

Col frazionamento si riesce ad estirpare il tumore dalle sue nume-

rose, estese e fitte aderenze, delle quali per strappare quelle della colonna vertebrale, fu necessario l'introduzione di tutta la mano in vagina. Staccato così il tumore da tutte le sue aderenze con la pelvi e coi legamenti larghi ed estirpato si ottiene di abbassare l' utero e legare i legamenti larghi, sulla parte elevata dei quali si mettono due klemmer. Si procede poi all' estirpazione degli annessi d'ambo i lati; la tromba di sinistra conteneva un piosalpinge fetidissimo.

Durata dell'atto operativo 1. 20'.

Il decorso post-operatorio fu normale; in 15.ª giornata l' operata abbandona il letto e in 21.ª lascia la Clinica in buone condizioni.

Osservazione XXXI.

Grazia C., età 53. Maritata da 25 anni, ebbe due gravidanze con parti a termine, il primo naturale, il secondo operativo (rivolgimento). Da tre anni è sofferente per metrorragie che sono andate sempre più aumentando fino a ridurla allo stato presente di anemia ed emaciazione fortissime.

Curata in tutto questo tempo da vari medici come affetta da tumore maligno, vedendosi peggiorare continuamente, ricorse a me che rilevo quanto segue: genitali esterni di pluripara, vagina breve, fornici aboliti per senilità, corpo dell' utero ingrossato come in una gravidanza bimestre, legamenti larghi liberi.

Con diagnosi generica di tumore uterino, propongo l' operazione radicale che viene accettata.

L'atto operativo fu difficile nel primo tempo per la vaginite senile che mascherava coprendolo il muso di tinca, al quale i fornici aderivano tenacemente; ma dissecato il collo dalla vagina, e isolato l'utero dal retto, dalla vescica e dalla base dei legamenti larghi, l'operazione decorse poi spedita.

L' utero estratto è grosso e presenta una certa regolarità nella sua superficie esterna, ad onta che contenga numerosissimi miomi di una grossezza tra un cece e una noce avellana: uno è in degenerazione calcarea, altri in degenerazione mucosa.

Il decorso fu apiretico e la donna lascia la Clinica in 14.ª giornata.

Osservazione XXXII.

Amalia S., età 48. Maritata a 21 anni, ebbe 9 gravidanze. Da tre anni nota un aumento notevole e sempre crescente della mestruazione, tanto che l' ammalata è ora quasi continuamente metrorragica. È in altissimo grado anemica, con leggero edema tanto della faccia quanto delle estremità inferiori.

Un anno e mezzo fa e con utero non molto ingrossato le venne praticato in Clinica il raschiamento, durante il quale si notò un au-

mento, limitato al fondo, dello spessore dell' utero. Si ebbe fino da allora il sospetto di mioma uterino; ma non avendo avuto precedentemente il permesso dell'operazione radicale, mi limitai al raschiamento, che avrebbe almeno migliorato temporaneamente lo stato generale.

Sebbene avessi avvertito la famiglia e il medico curante di questo mio dubbio e insistito di ricondurre l'ammalata in Clinica appena fossero ricomparse le emorragie, tuttavia, essendo ritornate per qualche mese normali le mestruazioni, non ritorna in Clinica che dopo un anno e mezzo dal raschiamento per emorragie quasi continue.

L'esame combinato rileva distintamente sporgente dal fondo un tumore che spiega la sintomatologia e conferma il dubbio di prima.

L'atto operativo non presenta difficoltà; durata 25'. L'utero estratto è del volume di una gravidanza di un mese e mezzo.

Decorso apiretico. L'operata esce in 14.ª giornata.

Osservazione XXXIII.

Vincenza A., età 32. Maritata a 25 anni, ebbe 2 gravidanze con parto naturale a termine; il secondo complicato da grave emorragia del secondamento. Prima dell' ultima gravidanza che avvenne due anni or sono soffriva già di emorragie, in seguito alle quali avendo ricorso ad uno specialista, le venne diagnosticato un tumore fibroso dell'utero. Le fu consigliata la cura ferruginosa, indi intervenuta la gravidanza interruppe ogni cura. La gestazione compì il suo corso regolare, naturale fu il parto, solo fu complicato da emorragia il secondamento vinta con la segala e il massaggio. Essendo di poi ricomparse le metrorragie, incominciò una serie di iniezioni sottocutanee di ergotina, che non sortirono effetto alcuno, essendo continuate ed aumentate le metrorragie. L'anemia è forte e soffre da qualche anno di nevrastenia grave.

L'esame locale rileva genitali esterni di pluripara, vagina molle ed elastica. Il collo di sede e di consistenza normali. Il corpo dell'utero notevolmente ingrossato presenta una superficie irregolare per grossi bernoccoli, ed un volume pari ad una gravidanza quimestre.

Il fondo dell' utero arriva al terzo medio sottombellicale e penetra con molta difficoltà col suo polo inferiore nello stretto superiore.

Con diagnosi di miomi multipli dell'utero si pratica la istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Scollata la vescica, il retto, legate e separate le basi del legamento largo, si escide il segmento inferiore dell'utero, indi col frazionamento conoide si riduce il mioma, tanto da abbassare l'utero nella pelvi. Le parti elevate del legamento largo si chiudono con un klemmer per lato.

L'operazione durò 52 minuti. Il peso del viscere e dei pezzi riuniti del mioma estratto è di gr. 975.

L'operata, dopo un decorso tipico, esce in 12.ª giornata.

Osservazione XXXIV.

Rosa Z., età 37. Maritata a 21 anni, ebbe 2 gravidanze con parti naturali a termine. Si presenta con dolori gravativi insistenti nella pelvi e accusando forti menorragie da circa due anni.

L'esame statico rileva aumento del volume dell'utero, sulla superficie anteriore e verso il corno sinistro dell'organo una rilevatezza del volume di una noce avellana, dolente alla pressione. Gli annessi notevolmente ingrossati e dolenti.

Con diagnosi di mioma dell'utero e ovaro-salpingite doppia si pratica l'istero-ovaro-salpingectomia vaginale.

L'operazione fu facile, tranne l'estirpazione degli annessi, che presentò qualche laboriosità per aderenze e brevità del mesosalpinge e del mesoovario, sui quali si applicano due klemmer.

Decorso apiretico.

Osservazione XXXV.

Luigia S., età 43. Maritata a 22 anni, ebbe una sola gravidanza con parto a termine naturale. Tolta qualche forma febbrile di poco momento e senza apparente localizzazione, che si ripetè per cinque volte a non lunghi intervalli, non ebbe disturbi speciali dell'apparecchio genitale. Ebbe solo qualche volta leggera dismenorrea, ma giammai menorragie. Da circa quattro mesi, accusando dispepsia e meteorismo molesti, ricorse al medico, che le riscontrò un tumore pelvico e la consigliò di ricorrere a questa Clinica.

Le condizioni generali sono mediocri. All'esame addominale esterno si palpa un tumore all'ipogastrio, duro, fisso, che arriva al 3.° medio sottombellicale. Coll'esplorazione combinata si trova che l'utero è spinto a sinistra e fa corpo col tumore stesso e che riempiendo tutta la cavità pelvica si espande specialmente dal lato destro, ove non è possibile insinuare il dito tra il tumore e la parete pelvica corrispondente. Anche coll'esplorazione combinata l'utero e il tumore sono assolutamente fissi.

Dal corno sinistro dell'utero poi si sentono partire altri tumori di varia grossezza, da quella di una nocciuola a quella di un uovo di gallina, i quali però godono sull'utero di una limitata mobilità.

Si fa diagnosi di miomi multipli dell'utero, dei quali quello di destra a sviluppo intra-ligamentoso.

Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. La cloronarcosi è male tollerata per minaccia di paralisi cardiaca e si sostituisce coll'etere. L'operazione è estremamente laboriosa per la fissità dell'utero, le cui connessioni con la cavità pelvica sono notevolmente aumentate dal modo di sviluppo del tumore. Questo, manifestamente partito dalla

faccia postero-laterale destra dell'utero, si era dovuto sviluppare dapprima fra le pagine del legamento largo di destra, delle quali la posteriore venne sollevata tanto da ricoprire il tumore e comprenderlo così fra la parete pelvica destra e la parete posteriore della vagina, sollevando lo spazio del Douglas fino quasi a livello del promontorio. Questa condizione di cose fu potuto mettere fuori di dubbio quando, con molto stento, si potè aprire la plica vescico-uterina, anch'essa notevolmente innalzata.

Legate le due arterie uterine e isolato l'utero dalla base dei due legamenti larghi, si incominciò a sezionare col solito metodo il segmento inferiore dell'utero. Introdotto il dito, si potè sentire che il tumore massimo era per l'appunto quello di destra e tutto sviluppato fuori dell'utero a destra e posteriormente. Sezionato allora longitudinalmente il margine destro dell'utero, si penetrò così nella capsula e, da questa strada, sempre con sezioni conoidi, si ottenne l'enucleazione del tumore.

Preferii questa strada, sebbene più lunga, per entrare nella capsula del tumore, anzichè battere la più breve della base del legamento largo, perchè i rapporti della vescica e dell'utero col tumore erano tali da non permettermi una assoluta sicurezza sulla regione occupata dall'uretere, e per il pericolo di ferire qualche grosso ramo dell'uterina.

Diminuita così la resistenza del legamento largo di destra, l'utero scese immediatamente, e, dopo aver snucleato il maggiore di quelli contenuti nello spessore del corno di sinistra, che era sotto-mucoso, e che era grosso come un uovo di gallina, con due klemmer per ogni parte completai la sezione dei legamenti larghi, esportando pure gli annessi uterini.

Il peso complessivo dell' utero e dei miomi era di 600 grammi. L'operazione durò 1 ora e 30 minuti.

Il polso dopo l'operazione presentò qualche intermittènza. Nel secondo giorno questa aumentò; ma nel terzo diminuì, e dal sesto in poi non comparve più.

Decorso apiretico. La donna esce dalla Clinica in 22.ª giornata.

Osservazione XXXVI.

Elisa V., d'anni 32. Ebbe la prima mestruazione a 12 anni, le successive furono sempre assai dolorose e molto abbondanti. Maritata a 17 anni, ebbe 9 gravidanze, delle quali la prima terminò con aborto trimestre per mola idatidea, la seconda fu regolare e terminò con parto naturale a termine, la terza fu gemellare e terminò con parto naturale a termine; le sei successive gravidanze terminarono tutte con aborti dai 2 ai 6 mesi. L'ultimo ebbe luogo 5 anni or sono.

Dopo il parto gemellare residuarono alla ammalata degli intensi

e continui dolori sacro-lombari ed all'ipogastrio che si esacerbavano durante la mestruazione. Nei periodi intermestruali soffre di abbondantissima leucorrea. In questi ultimi 5 anni poi le mestruazioni si sono fatte notevolmente più abbondanti, subentranti e dolorosissime. Il punto di partenza di questi dolori è localizzato dalla donna alla fossa iliaca di sinistra, ma indi a poco essi si diffondono a tutta la pelvi e agli arti inferiori, specie il sinistro.

Le sofferenze sono venute così aumentando al punto che non la lasciano mai completamente libera, e sebbene appartenente alla classe agiata, essa sente di non poterle più a lungo sopportare, avendo notato un progressivo deperimento delle sue condizioni generali.

All'esame locale si trovano gli organi genitali di pluripará, la vagina ampia e cedevole, abbondantissima leucorrea, l'utero aumentato di volume ed in retroflessione. Gli annessi d'ambo i lati aumentati di volume e dolorosissimi alla pressione, gli annessi del lato sinistro prolassati nello spazio del Douglas e compressi fra questo e il fondo uterino retroflesso.

Per gli intensi dolori che provoca l'esame combinato non potendosi fare un esame esauriente, propongo all'ammalata di fare l'esame in cloronarcosi, praticando la laparotomia vaginale esplorativa. Durante la stessa poi avevo ottenuto di potere intraprendere quell'atto operativo che avrei stimato più conveniente a liberare definitivamente questa poveretta dai molti dolori che la molestavano.

Praticata la cloronarcosi e la colpotomia posteriore, distaccate le aderenze del fondo dell'utero cogli annessi di sinistra e di questi collo spazio del Douglas, si riscontrano adesi fra loro la tromba e l'ovaio di sinistra e la presenza di una raccolta tubarica. Gli stessi reperti, sebbene meno elevati di grado si notano negli annessi di destra. Inoltre sulla parte più elevata della faccia anteriore dell'utero, vicino al fondo, si palpa un mioma sotto-sieroso del volume di una noce; e, scoperto questo, esaminando diligentemente l'utero si sentono varie ineguaglianze nella sua superficie e nel suo volume, per cui fatta diagnosi di miomi multipli dell'utero, con ovaro-salpingite cistica bilaterale, mi decido seduta stante all'isterectomia vaginale.

L'operazione fu spedita e facile fino alla parte elevata dei legamenti larghi, la quale per processi flogistici cronici e di vecchia data presenta il legamento infondibolo pelvico d'ambo i lati inestendibile. Perciò si applica su ciascuno di essi un klemmer e si esportano così l'utero cogli annessi.

L'utero, grosso come in una gravidanza di 2 mesi e mezzo, era addirittura tempestato di miomi a tutte le grandezze, da quella del volume di un seme di canape a quella di una noce. Le due trombe erano adese col loro padiglione all'ovaio corrispondente e formanti due emato-salpingi.

Il decorso fu apiretico e l'operata esce in buone condizioni in 13.ª giornata.

Ora, se noi teniamo conto delle condizioni di sviluppo di questi tumori, si vede che *sei erano a sviluppo intralegamentoso,* e gli altri o sottomucosi o interstiziali.

Quanto al volume io sono solito a paragonarli alle varie epoche di gravidanza e allora noi ne troviamo:

3	del volume	di un utero	di circa	1 mese e mezzo	di gravidanza
4	»	»	»	2 mesi	»
2	»	»	»	2 mesi e mezzo	»
10	»	»	»	3 mesi	»
5	»	»	»	4 mesi	»
1	»	»	»	4 mesi e mezzo	»
4	»	»	»	5 mesi	»
2	»	»	»	6 mesi	»

5 di volume incerto, non essendo registrato; ma non grande.

Quanto al decorso post-operativo, che fu completamente apiretico in 32 casi; si ebbero leggeri rialzi termici in 3 casi (Oss. XI per catarro intestinale, ceduto subito ad un clistere di acido borico; Oss. XV, T. mass. 39.4 in 6.ª giornata, ceduto subito in seguito alla rimozione di un peduncolo putrefatto; Oss. XVIII per necrosi putrida degli annessi di destra che, aderentissimi, non poterono essere estratti durante l'operazione e vennero stretti fra un klemmer; rimossi gli annessi necrotici e lavata la cavità la febbre decadde subito).

Un caso terminò colla morte per suppurazione e icorizzazione del tumore precedenti all'atto operativo, e per lo stato avanzatissimo di anemia e di deperimento della donna.

La mortalità presa complessivamente è adunque del 2.7 0|0. Se io avessi voluto badare più all'interesse dell'operatore che a quello del malato avrei potuto dichiarare il caso terminato con la morte inoperabile, poichè era facile prevedere il sommo pericolo che presentava l'operazione in un campo così compromesso, ottenendo così una mortalità fino ad oggi di 0; ma questa condotta mi è sempre parsa indegna di un medico. Se vi è il tempo, nei casi in cui le donne si presentano inoperabili per lo stato avanzatissimo di anemia, prima di sottoporle all'operazione radicale pratico il raschiamento dell'utero, col

quale ottengo una sosta nelle metrorragie, e con iniezioni sottocutanee di citrato di ferro ne rialzo le forze fino a che giudico venuto il momento propizio per l'operazione radicale. I casi contenuti nella osservazione XIII e nella XIX terminarono, per questo procedimento, con la guarigione, che non si sarebbe potuto sperare ragionevolmente se le malate si fossero sottoposte immediatamente alla isterectomia.

Ma anche con questo caso di decesso la mortalità presentata da questi 36 casi (fra cui ne figurano parecchi veramente gravissimi), è tale da confortarmi nella convinzione che essendo di gran lunga inferiore a quella che presenta oggidì la isterectomia addominale, anche nelle mani dei ginecologi più esperti, il medico deve consigliare le loro malate a farsi togliere al più presto un ospite che dapprima può essere soltanto molesto, ma che di poi può diventare, come il più delle volte diventa, assai pericoloso.

Ma oltre a questa ragione, a farci decidere per la precoce ablazione di questi tumori deve contribuire anche la considerazione che alle suppurazioni, alle icorizzazioni, alle putrefazioni, alle numerose e varie degenerazioni cui possono andare incontro, alle complicazioni da parte degli annessi uterini e del peritoneo, alle gravi anemie prodotte, non solo dalle emorragie, ma ancora dai dolori che sovente provocano (coliche uterine, dischezie, dispareunia, disuria, ecc.), questi tumori provocano l'atrofia bruna e la degenerazione grassa del cuore, specie nei miomi a rapido sviluppo, e che io trovai pure frequente nelle croniche e gravi lesioni infiammatorie degli annessi uterini. Questa lesione è tanto più temibile in quantochè essa non è sicuramente riconoscibile prima dell'operazione, ed è compatibile con uno stato di nutrizione generale non del tutto scaduto. Queste donne presentano poco dopo l'operazione una tachicardia invincibile, che diventa spesso e rapidamente mortale.

A dire il vero, se debbo stare alla mia esperienza, sono portato a concludere che i fenomeni di intolleranza del cuore si presentano assai più facilmente e sono assai più difficili a vincersi in seguito alle isterectomie addominali che dope le vaginali. È adunque anch'essa una ragione poderosa che ci deve convincere ad assalire questi tumori quando il loro volume permette di farli passare per la vagina o integri o sminuzzati, poichè a determinare tale intolleranza cardiaca può contribuire non solo il maggiore trauma che subisce il peritoneo nell'in-

tervento addominale; ma ancora il continuato e lungo effetto dei miomi grandi sul miocardio. Ciò almeno è lecito arguirlo dall' osservare che sebbene molti di questi casi più sopra riportati presentassero condizioni veramente gravissime ed avessero presentato emorragie e dolori intensi e prolungati, e fosse da temersi una intolleranza cardiaca, in nessuna si presentò nè durante nè dopo l' operazione, se si eccettui l'Oss. XXXV. In questa il polso si fece così raro e fuggevole fino dalle prime inalazioni di cloroformio, da doverlo abbandonare e continuare colla narcosi eterea; dopo l' operazione rimase una leggera intermittenza, e passate le prime 24 ore si notò una tendenza all'asistolia. In questo caso la donna non aveva mai sofferto di emorragia; ma il tumore, che era interamente a sviluppo intralegamentoso, e completamente imprigionato nel bacino, aveva prodotto dolori intensissimi da anni. Io sono convinto che in questo caso, viste le difficoltà che si sarebbero incontrate coll' intervento addominale, e le condizioni del cuore, la isterectomia addominale ci avrebbe assai probabilmente portati contro un rovescio.

Dinnanzi adunque alla quasi innocuità di un intervento chirurgico da una parte, e dall' altra se si pone mente ai pericoli molteplici e gravi cui vanno incontro le donne che portano simili tumori, e alle numerose alterazioni e degenerazioni cui possono andare incontro, non esclusa la maligna, mentre ci sentiamo sempre maggiormente inclinati a consigliare il precoce allontanamento di questi tumori, non possiamo a meno di pensare che la loro *benignità* deve essere soltanto ritenuta vera *a tumore esportato;* ma non così finchè vengono *coltivati* nell'organismo.

Nè è una ragione sufficiente per ritardare l'operazione il loro piccolo volume, perchè il fibromioma cresce per moltiplicazione intrinseca dei suoi elementi e mentre nei primi tempi l'accrescimento è lento e regolare, può d'un tratto crescere assai rapidamente, o per ingrandimento del tumore primitivo o per figliazione, e rendere l' opera del chirurgo assai più aleatoria e difficile.

Un'altra causa molto frequente di insuccesso si deve alla eccessiva fiducia che comunemente si ripone nella benefica influenza della menopausa. Pur rispettando l'opinione contraria di Spencer Wells, l'osservazione clinica spassionata e sincera dimostra che la menopausa viene di solito molto ritardata; che è per l' appunto all' epoca di essa

che i miomi determinano gli accidenti più gravi; che per queste due ragioni riunite quando appunto si crede di essere ormai prossimi alla fine delle sofferenze, esse invece raggiungono tale intensità da imporre un intervento d'urgenza per le gravi condizioni rapidamente insorgenti; che è appunto in questa età che si osservano più frequentemente le varie degenerazioni dei miomi, non esclusa la maligna, complicanti sempre l'operazione e i suoi esiti; che nell'età della menopausa le condizioni di resistenza delle malate sono per ragioni ovvie di gran lunga scemate; che inoltre non è raro il caso in cui miomi comincino a svilupparsi o almeno a dare molestie dopo la menopausa.

Consultando le mie osservazioni, trovo infatti che oltre la metà di queste donne ricorsero all'arte medica per molestie loro provocate dal tumore ad onta dell' età avanzata. Ammettendo da 40 a 50 anni l' età della menopausa, sopra 36 osservazioni ne trovo per l'appunto 19 che erano comprese in questa età, o l' avevano superata senza che la età critica avesse portato alleviamento alle loro sofferenze.

Ma prescindendo da tutto ciò, il mioma può con l'attesa complicarsi, sebbene sia questo il caso meno frequente, con la gravidanza. In tal caso da una parte il mioma di solito cresce rapidamente a volumi enormi, sono più facili le degenerazioni, le necrosi, le contusioni, le infiammazioni e via dicendo; dall'altra parte sorgono gravissime e talvolta mortali complicazioni ostetriche, sia determinando ostacoli insuperabili del feto, sia provocando gravidanze extrauterine.

Tutti i ginecologi sono d'accordo nell'ammettere che non si debbono attendere i sintomi allarmanti per estirpare questi tumori. Il Péan dice di intraprenderne l'allontanamento appena che venga diagnosticato, senza attendere la comparsa di sintomi minacciosi. La stessa opinione professa il Martin, il quale si dichiara contrario alle cure palliative, specie alla elettrolisi. Anche l'Obolinsky, il quale però propone il suo metodo di enucleazione, che egli chiama orgonopettico, in moltissimi casi in cui gli altri farebbero l'isterectomia, è però d'opinione che non potendosi a priori determinare il decorso del fibromioma dell'utero, sono perciò da operarsi molto più presto di quello che si sia fatto fino ad ora.

Tutto dipende adunque dallo scoprirli per tempo, e per ciò con l'esame combinato, con la cloronarcosi, con la sonda maneggiata prudentemente, e nei casi dubbi colla dilatazione del collo e col raschia-

mento è sempre possibile scoprire miomi anche non grandi. Quando poi essi abbiano ingrossato l'utero fino al volume di una gravidanza di 2 o 3 mesi, anche medici che non abbiano fatto della ginecologia la loro specialità, sono in grado di riconoscerli. Nei primi stadii, è vero, spesso riesce per lo meno assai difficile se non impossibile farsi un vero concetto di mioma dell'utero, a spese del quale si sviluppa, determinando una irritazione che ha molti punti comuni soggettivi ed obbiettivi con una metrite iperplastica, con la quale quindi nei primi tempi può confondersi. Ma non tarda a venire il giorno in cui esso si presenta come un piccolo corpo straniero che, situato nel mezzo della musculatura uterina, si circonda di uno strato di tessuto cellulare lasso, e così isolato dalla musculatura uterina, va gradatamente sviluppandosi e individualizzandosi, ed assume i caratteri del vero tumore determinando sporgenze verso quella parte del viscere ove trova minore resistenza.

Prima di chiudere questo breve lavoro statistico credo utile accennare ad un fatto che si desume dall'anatomia patologica di questi tumori e che ha importanza pratica per la isterectomia vaginale. È il modo di comportarsi della circolazione sanguigna in questi tumori. La vascolarizzazione e la innervazione loro è tanto più ricca quanto più il mioma è piccolo; in principio del loro sviluppo essi hanno delle connessioni vascolari molto numerose col tessuto uterino che li circonda, per cui il tumore e l'utero che lo contiene non sono mai da incidersi; ma cercare di estrarre l'utero per quanto è possibile integro, finchè non abbia raggiunto un volume eccezionalmente grande, se non si vuole andare incontro ad emorragie abbondanti durante l'atto operativo. È perciò che nei casi in cui l'utero passa difficilmente, prima di decidermi di sezionare il viscere e a frammentare il tumore, ho preferito sempre fare la vagino-perineo-tomia, ed ho riservato la frammentazione quando le resistenze erano offerte dalla pelvi. È ciò tanto più da tenersi presente alla mente, inquantochè in caso di non eccessivo sviluppo, può trattarsi della trasformazione miomatosa di tutto il muscolo uterino, che è allora assai vascolarizzato.

Sorretto adunque da queste considerazioni e appoggiato ai risultati di queste mie osservazioni personali io mi ascrivo completamente all'opinione di coloro che pensano essere cosa utile per le malate e doverosa pel medico di consigliare l'estirpazione di questi tumori an-

che quando sono ancora piccoli. L'isterectomia vaginale sopra un utero che non abbia oltrepassato il volume di una gravidanza trimestre o poco di più è, si può dire, senza mortalità. Con utero maggiore lo sminuzzamento del tumore può permettere l'intervento vaginale con una prognosi molto migliore di qualunque intervento addominale.

Io credo che quando si saranno persuasi anche i medici della bontà di questa idea, e con un esame accurato degli organi pelvici, constatato un mioma dell'utero, consiglieranno l'atto operativo, la prognosi di questa malattia, pur così frequente, potrà migliorare al punto da poter chiamare davvero *benigni* questi tumori.

Prof. L. M. BOSSI
Direttore della Clinica Ostetrica di Novara

CONTRIBUTO ALLO STUDIO
della Frequenza, delle Cause e del Trattamento dell'aborto

L'argomento è per sè indubbiamente altrettanto vasto quanto ampiamente già discusso, e volli appunto qualificarlo un semplice *contributo* allo studio di esso, onde tosto appaia non intendere redigere una monografia completa sull'aborto, ma unicamente esporre, sulla guida di osservazioni personali fatte non solo in Cliniche ospitaliere ma in modo speciale a domicilio (Guardia ostetrica genovese ed esercizio ostetrico privato), alcuni fatti ed alcune considerazioni, che ritengo non sufficientemente conosciuti, o se conosciuti, non abbastanza diffusi.

Basterà d'altronde anco per poco pensare alla ognor crescente frequenza dell'aborto, per comprendere come ogni contributo allo studio delle cause di tale frequenza e del modo di evitarle, possa riuscire utile, sia dal lato scientifico, sia dal lato dell'esercizio pratico.

E ben a ragione la Società ostetrica francese recentemente, nel congresso ultimo (Aprile 1897), discusse come principale tema, l'aborto abituale, intorno al quale riferì Charpentier (1) , di cui le conclusioni maggiormente dimostrarono l'opportunità, che lo studio di esso sia fatto con nuovi criterii e più moderno indirizzo.

Il Charpentier infatti constata come sianvi molti casi nei quali la causa dell'aborto resta perfettamente oscura. E d'altronde in tutte le statistiche di aborto si rileva l'incertezza continua nella determinazione delle cause.

Così ad esempio, volendo ricorrere alla diligente recentissima sta-

(1) Congresso annuale della Società ostetrica francese, Parigi, Aprile 1897. Relazione Charpentier sull' « Aborto abituale. »

tistica del Cosentino (Rendiconto clinico pubblicato nel 1897) (1), vediamo come su 92 aborti occorsigli nell'ultimo decennio in 31, e quindi nel terzo, non potè riscontrare la causa, « la quale, egli soggiunge, rimase ignota o non fu notata non avendo potuto rilevare uno stato patologico nel corpo della madre o nel prodotto del concepimento, che abbia prodotto questo effetto. »

Ed evidentemente la deficenza dei dati eziologici, deficenza, ripeto, da tutti gli ostetrici (2) ammessa, induce l'impossibilità del trattamento causale e quindi della cura profilattica. Non a torto quindi affermai la necessità di ritornare ad insistere nello studio di questo argomento, cercando di ispirarci a concetti nuovi.

I.

Frequenza dell' aborto.

È certo non facile problema lo stabilire la frequenza dell' aborto in questi tempi di vita così antinaturale ed in cui le idee maltusiane vanno facendosi tanto strada, da minacciare perfino nella sua vitale esistenza l'avvenire di una fra le più potenti nazioni moderne.

Ma pur limitandoci, come è intenzione mia, all'aborto spontaneo, indubbiamente dobbiamo ritenere, che esso si avveri molto più di frequente di quanto in generale si ammetta e, dagli autori, si pubblichi in base particolarmente alle statistiche ospitaliere (3). Basterebbero a dimostrarlo le seguenti considerazioni:

1.° Moltissimi aborti, avvenendo nelle prime settimane, passano quasi inosservati anche alle pazienti stesse, che li ritengono flussi mensili ritardati e abbondanti, salvo poi a dover col tempo ricorrere al ginecologo per curarne le conseguenze.

2.° Nei primi due o tre mesi, stante la poca importanza che il pubblico attribuisce in generale all' interruzione della gravidanza nei suoi primordii, l'assistenza è unicamente fatta o dalla levatrice, o semplicemente anche da qualche parente o conoscente, che si ritiene ver-

---

(1) Cosentino. « Rendiconto della Clinica ostetrico-ginecologica pareggiata dell'Ospedale S. Francesco Saverio. »

(2) Charpenntier, Schroeder, Tarnier, Auvard, ecc. « Trattati d'ostetricia. »

(3) Hegar, Schroeder, Charpentier, Lutaud, Barnes, ecc.

sata in materia, salvo pure in questi casi a constatarne poi gli effetti quando, per le conseguenze che ne derivano, deve intervenire il ginecologo.

3.° Anche i casi che richiedono l'intervento del sanitario si esplicano in gran parte a domicilio, accuditi il più sovente dal medico di famiglia, che certo non ne tiene calcolo per una statistica generale, e, stante la poca esperienza al riguardo ed il poco interesse scientifico, non si cura certo di farne uno studio particolaraggiato, bastandogli provvedere all'opportuno trattamento.

Che se interviene lo specialista, questi pure d'abitudine non ne fa argomento di statistica, a meno che appartenga ad un'istituzione per l'assistenza delle partorienti povere a domicilio, che lo obbliga a segnarlo con tutti i particolari sul registro clinico.

Volendo quindi conoscere, non dico in modo assoluto, ma approssimativamente la realtà dei fatti a tale riguardo, ai dati di tali istituzioni noi dobbiamo ricorrere, ciò che solo ora possiamo fare, perchè si è unicamente da sette anni che esse cominciarono ad aver vita in Italia, primamente cioè a Milano nel 1890, e successivamente a Genova nel 1891 ed in seguito poi a Torino, a Parma, a Bologna, a Napoli, ecc. Mi è per tal modo grato poter fornire un'eloquente statistica comparativa al riguardo, dei due centri che pei primi ebbero tale iniziativa, Milano e Genova.

Rileviamo così da un ultimo rendiconto pubblicato dalla Guardia ostetrica permanente di Milano (1), che su 1076 interventi ostetrici a domicilio, furonvi 309 casi d'aborto o minaccie d'aborto. E nella stessa città, dal rendiconto di un sessennio della Clinica ostetrica di S. Caterina abbiamo, che su 3472 casi ostetrici, non furonvi che 93 soli casi di aborto o minaccia d'aborto (2).

E venendo alla nostra Genova vediamo, che su 1835 interventi ostetrici registrati dalla Guardia ostetrica permanente genovese, che ho l'onore di dirigere, furonvi 478 casi di aborto o minaccia d'aborto. Le quali cifre volendo confrontare con Istituto ospitaliero pure da me diretto, la Clinica di Novara, abbiamo che quivi invece su 1181 casi ostetrici, non furonvi che 52 casi di aborto o minaccia d'aborto.''

---

(1) Ferri. « Rendic. della Guardia ostetrica di Milano. » 1896. *Giornale delle Levatrici.*

(2) Comunicaziono epistolare.

E riassumendo perciò: su 2911 casi ostetrici a domicilio, 787 aborti o minaccie d'aborto; su 4653 casi ostetrici in Istituti ospitalieri, 141 aborti o minaccie d'aborto. Questi risultati mi vennero poi confermati da un altro studio statistico che evidentemente mi riuscì ben più facile e breve ad eseguire, e che è alla portata di qualsiasi ostetrico.

Dall'anamnesi cioè delle pluripare raccolsi:

a) il numero dei parti precedenti;

b) il numero degli aborti per ciascuna.

Mi fu così possibile constatare che: su 12910 parti ebbero luogo 2780 aborti; poco meno quindi di 22 aborti per ogni 100 parti a termine, percentuale d'assai superiore a quelle date dagli autori in generale.

Dai quali dati due conclusioni ovvie emergono:

1.° la notevolissima frequenza con che il sanitario deve intervenire per aborto o minaccia d'aborto a domicilio, rappresentata tale frequenza da circa *un quarto* dei casi, epperciò l'utilità di studiarne le cause;

2.° l'opportunità di studiare questa seria complicanza specialmente a domicilio, approfittando delle istituzioni, che hanno per obbiettivo tale servizio.

II.

Cause dell'aborto.

Intendendo esporre le opinioni mie sulle cause più frequenti dell'aborto e sul loro trattamento, mi limitai allo studio dei casi fornitimi dalla *pratica privata mia* e dagli *istituti da me diretti* e cioè la *Clinica ostetrica di Genova* (un biennio), *quella di Novara* (un triennio) e la *Guardia ostetrica permanente di Genova.* Tali casi ascendono alla *cifra di 757.* Senza perdermi in vane digressioni soggiungerò tosto, che dallo studio fatto in base a detto materiale clinico, mi risulta essere le cause principali dell'aborto in linea di frequenza le seguenti:

1.° Traumi e sconcerti di varia indole considerati nel loro effetto specialmente intervenendo durante i giorni corrispondenti ai periodi mestruali, e, pei casi di aborti divenuti abituali, nelle epoche di gravidanza corrispondenti ai periodi in cui avvenne l'iuterruzione delle gestazioni precedenti.

2.° Sifilide od influenze d'indole incerta, ma che furono vinte

in successive gravidanze con trattamento mercuriale fatto sulla madre in dose ricostituente e, in taluni casi, con limitate dosi di ioduro di potassio.

3.° Lesioni di continuo del collo, del canale cervicale o della cavità (cervicite, endometrite), lacerazioni del collo e lesioni preesistenti degli annessi.

4.° Retroversione dell' utero e le altre anomalie di forma e di posizione.

5.° Squilibri funzionali, deficente resistenza e gravi rialzi di temperaratura nella madre, diffusione di processi infettivi dalla madre all'ovulo, anomalie nello sviluppo di questo.

Evidentemente la suddivisione in cause paterne, materne, degli annessi, fetali, ecc. poteva sembrare a tutta prima più opportuna per rapporto particolarmente al decorso ed alla sintomatologia, *ma, ripeto, è mio intendimento, non già di compilare una completa monografia sull'aborto, ma unicamenle di esporre dati e considerazioni personali, riflettenti specialmente le cause evitabili, dati che non ritengo finora a sufficienza noti, ed a tale obbiettivo appunto si presta tale classificazione.* La classificazione d'altronde in uso di materne, paterne, fetali, ecc. se a priori può sembrare più scientifica, e lo sarebbe invero dal lato anatomo-patologico, espone in realtà a molte lacune, che perfettamente spiegherebbero la ragione per cui tanto soventi rimangono ignote le cause dell'aborto. Poichè tali cause molto frequentemente sono sia accidentali, sia complesse, ed i loro rapporti col padre, o colla madre o col prodotto del concepimento, o cogli annessi, non si manifestano che negli efletti, ed ecco che allora ne nasce evidente confusione fra causa ed effetto.

Mi spiego con un esempio: una gestante presenta prolasso o retroversione dell' utero e per traumi (strapazzi, eccesso di lavoro, coabitazione) durante il periodo corrispondente al mestruale si ha distacco dell'ovulo a cui consegue l'aborto.

Evidentemente qui gli elementi eziologici sono varii, riguardano cioè lo stato dell' apparecchio genitale, l' epoca in cui la gestante si trova, il trauma, il distacco dell'ovulo, e volendosi perciò classificare il caso colla suddivisione in materne, paterne, ecc. riuscirebbe punto facile nè chiaro, nel mentre invece esso sarebbe completamente spiegato dai gruppi 1.° e 4.° della nostra classificazione.

E gli esempii al riguardo si potrebbero moltiplicare per dimostrare appunto, che la classificazione in cause paterne, materne, fetali, ecc. nel mentre è razionalissima per spiegarci il decorso anatomo-patologico dell'aborto, è meno utile e opportuna per quanto riguarda l'eziologia.

1.° *Traumi e sconcerti di varia indole considerati nel loro effetto specialmente intervenendo durante i giorni corrispondenti ai periodi mestruali, e, pei casi di aborti divenuti abituali, nelle epoche di gravidanza corrispondenti ai periodi in cui avvenne l'interruzione delle gestazioni precedenti.*

È indubitato, che durante la gravidanza, pur non apparendo più (salvo qualche eccezione d'origine generalmente ereditaria) il flusso sanguigno mensile, havvi però nell'apparecchio genitale una notevole tendenza ad iperemizzarsi, ripetersi degli stessi fenomeni, che abitualmente si avverano in tali giorni; ne è d'altronde prova positiva, sebbene indiretta, l'aver varii autori riscontrato la maturazione di ovuli in gravidanza, maturazione dapprima negata.

Facilmente appare infatti, a chi tiene in attenta osservazione la gestante, come periodicamente, in generale ogni mese lunare, e cioè, a calcoli fatti, al ritorno dei giorni, che corrisponderebbero al periodo mestruale, la donna diventa più dell'abituale inquieta, più suscettibile a subire e ad esagerare le impressioni esterne ed a crearsi improvvisi squilibrii sia morali, sia fisici.

Si esagerano, in generale in tali giorni tutti i sintomi che abitualmente essa prova durante la gravidanza. E se (come io ebbi per scopo sia diagnostico, sia curativo, ad osservare in un buon numero di casi), esaminiamo direttamente collo speculum il collo dell'utero, *constatiamo come esso, in confronto ai giorni non corrispondenti al periodo mestruale, è assai più congestionato, molto più intenso apparendo quel colore bluastro, cianotico*, che è sintomatico nella gestante.

Aggiungi che anche la temperatura vaginale in tali giorni appare sempre più notevole.

Le osservazioni mie al riguardo, che sto ampliando, mi darebbero finora in media *cinque decigradi* in più.

Ora, dati tali fatti, riesce evidente il pensare come tutte le circostanze, che in condizioni abituali possono diventare cause d'aborto, in tali giorni vengono ad essere *moltiplicate nella loro potenzialità* al riguardo.

Lungo e difficile sarebbe evidentemente l'enumerarle tutte; basterebbe richiamarci alla memoria le tante cause note come abituali.

Ponno essere d'indole *morale* e d'indole *traumatica*. E tra le morali stanno tutti i patemi d'animo, tutte le emozioni eccessive siano esse buone, siano esse cattive.

Indubbiamente l'azione loro si ripercuote sull'apparecchio genitale, il circolo ne resta turbato, e se questo già tende a sortire dal fisiologico stante la ricorrenza catameniale, riesce evidente pensare, come punto sia esagerato il pensare come un patema d'animo, una forte emozione in tali giorni, possano iniziare un aborto.

Nelle cause d'indole traumatica vengono evidentemente a trovarsi l'eccessivo movimento, il troppo lavoro, gli strapazzi di qualsiasi indole, i quali, se nei giorni non corrispondenti al detto periodo possono riuscire innocui, cessano d'essere tali in detti periodi. Richiamo a questo riguardo particolarmente l'attenzione anzitutto sull'abitudine di tenere il busto nei primi mesi di gravidanza, abitudine, che nei giorni in questione può riuscire ancor più dannosa, ed in secondo luogo sulla coabitazione esercitata durante la gestazione.

Sono numerosissimi i casi (ed i colleghi che vi presteranno attenzione potranno confermarlo), in cui potei *con certezza* constatare come l'aborto si iniziò tosto in seguito a coito effettuatosi specialmente durante i giorni corrispondenti ai catameniali.

Tale deplorevole azione evidentemente si esplica in tre modi:

a) esagerando in modo notevolissimo la già esistente congestione;

b) con traumi, che si effettuano direttamente sul collo e sui fornici con notevole intensità specialmente nei primi mesi in cui l'utero, come sappiamo, trovandosi alquanto prolassato, rende la vagina più corta;

c) colla rottura delle membrane, che molte volte io constatai nel quinto e sesto mese, specialmente in casi di utero molto teso, sia per poliamnios, sia per gravidanza gemellare.

Soggiunsi: *e, pei casi di aborti abituali, nelle epoche di gravidanza corrispondenti ai periodi in cui avvenne l'interruzione delle gestazioni precedenti;* i traumi ed i varii sconcerti anche lievi ponno in tali giorni egualmente riuscire più dannosi. E la ragione sta nel fatto constatato e provato, che avvenuto un aborto, l'utero, in gravidanze successive, tende sempre a contrarsi, a liberarsi del contenuto alle stesse epoche, quasichè la sua funzione fosse giunta a termine.

Tende in tali epoche a congestionarsi, ed il collo a dilatarsi. Ecco quindi come cause occasionali abitualmente lievi riescano in quei giorni assai gravi.

2.° *Sifilide od influenze d'indole incerta, ma che furono vinte in successive gravidanze con trattamento mercuriale fatto sulla madre in dose ricostituente e, in taluni casi, con limitate dosi di ioduro di potassio.*

Come e quanto la sifilide, sia materna, sia paterna, possa essere causa d'aborto è oramai tanto noto, che non necessita certo io spenda parole al riguardo. Richiamerò l'attenzione su quanto scrissi intorno a tale argomento in una mia memoria antecedente: « La sifilide nella gravidanza » (Torino, *Gazzetta delle Cliniche,* anno 1886, 1.° semestre — tesi di laurea) in cui, in base a numerosi dati clinici, cercai spiegare ampiamente tale influenza.

Necessita all'incontro ch'io esplichi ciò che intendo per *influenze di indole incerta, ma che furono vinte in successive gravidanze con trattamento mercuriale fatto nella madre in dose ricostituente.*

Quanto espongo è il frutto dell'osservazione di 11 anni. Nel 1885 compievo un lavoro sperimentale: « Contributo allo studio dell'emoglobina nel sangue dei sifilitici » (*Gazzetta delle Cliniche*, anno 1885, numeri 16, 17 e 18, Torino) in cui *pel primo* affermavo, in base alle mie osservazioni citometriche, come *il mercurio a piccole dosi avesse per effetto di aumentare l'emoglobina.*

Tale mio studio fu invero per alcuni anni dimenticato, e successivamente vi si sollevò qualche dubbio per il mezzo di indagine usato, il cromocitometro del prof. Bizzozero, che d'altronde allora come oggi devesi ritenere, se bene usato, un mezzo, che espone meno degli altri ad errori, come ultimamente con ricerche comparative fu dimostrato (1). Epperò dopo qualche anno *il sopradetto risultato veniva ripetutamente confermato dal Murri, dal Semmola, dal Maragliano, dal Castellino,* ecc. ed in oggi è un fatto stabilito ed indiscusso nella terapeutica.

Non il desiderio di rivendicare una priorità passata omai nel dimenticatoio, mi condusse a tale digressione, ma l'opportunità di spiegare come io fui condotto, razionalmente, a praticare una cura mer-

---

(1) Mi è grato infatti rilevare come da un lavoro sperimentale testè pubblicato nel laboratorio del prof. Griffini dal dott. Tarchetti, si constatò essere il cromocitometro del Bizzozero superiore agli altri mezzi d'indagine (V. *Riforma Medica,* Settembre 1897).

curiale a dosi ricostituenti in gestanti anemiche, denutrite, debilitate nel sistema nervoso, minaccianti continuamente il ripetersi la interruzione della gravidanza, quale già precedentemente in altre gestazioni era avvenuto.

A tutti i sanitari è dato di essere appunto consultato da pazienti, le quali ebbero già parecchi aborti precedentemente ed ora si presentano in stato di gestazione sofferenti, deboli, in cattivissimo stato di nutrizione, e col timore continuo d'un nuovo aborto.

Nè dall'anamnesi, nè dall'esame obbiettivo si riesce a rintracciare l'esistenza, sia attuale, sia precedente, di forma celtica, ed altre cause serie non si trovano per spiegare le avvenute interruzioni della gestazione.

Evidentemente il compito dell'ostetrico diventa quivi assai difficile, ed il riposo, le regole igieniche attuali ed i ricostituenti, sono le prescrizioni, che razionalmente si impongono, pur troppo però molto soventi con esito punto felice. Vengono tali fatti poi registrati nelle statistiche degli aborti abituali.

Orbene in tali casi io ebbi a constatare quasi costantemente un felicissimo risultato dalla somministrazione a dose ricostituente (da 1|3 ad 1|2 di centigrammo al giorno in una pillola) di bicloruro di idrargirio.

Sono oramai 115 i casi in cui sperimentai tale mezzo, e gli effetti ottenuti furono così buoni, che non esito in oggi a rendere tale fatto di pubblica ragione.

Evidentemente una triplice domanda ci si presenta: è tale risultato spiegabile per l'azione ricostituente del mercurio a piccole dosi, ovvero trattasi di forme di sifilide occulta, che sfuggono alle nostre indagini; o devesi invece attribuire ai suggerimenti ed ai mezzi igienici, che certamente mai tralasciai di associarvi?

Senza certo negare la possibilità di *sifilidi* così dette *occulte*, considerando come ognora cercai escludere anche il più lontano sospetto di sifilide, davanti al quale evidentemente avrei intrapresa una cura più energica, e considerando pure il rapido e progressivo miglioramento nello stato di nutrizione generale, che sempre constatai, sono condotto a ritenere doversi tale effetto spiegare piuttosto coll'azione ricostituente del mercurio a piccole dosi.

Che se penso poi ai molti casi in cui ottenni un utile risultato pur trattandosi di donne in discrete ed anco buone condizioni di nutrizione,

nelle quali somministrai tale rimedio unicamente per i già avvenuti aborti, sono condotto pure a domandarmi se a tali dosi il mercurio non possa avere una benefica specifica azione sull'utero gravido. È una semplice ipotesi, ma anche le ipotesi sono degne di considerazione quando hanno per base fatti seriamente constatati.

Nè l'obbiezione di aver io potuto confondere gli effetti dei mezzi igienici, che evidentemente nei singoli casi non trascurai, con l'efficacia di questo mezzo terapeutico ha ragione d'esistere, poichè le osservazioni da me fatte furono troppo numerose e costanti, per ingannarmi al riguardo. Non posso d'altronde, ripeto, negare che talora siasi anche trattato di forme celtiche occulte; un corollario comunque ne scaturisce, che cioè *il mercurio a tali dosi non solo è innocuo, ma utile, e che di fronte all'ignoto converrà tentarne la somministrazione.*

Per rapporto alla somministrazione del ioduro di potassio a dosi limitate, ma a lungo proseguite, i casi clinici che posseggo sono pochi, ed in essi evidentemente tendo a ritenere si trattasse realmente o di sifilide paterna o di forme celtiche prive di manifestazioni appariscenti.

3.° *Lesioni di continuo del collo, del canale cervicale e della cavità uterina* (cervicite, endometrite), *lacerazioni del collo e lesioni preesistenti degli annessi.*

Già in tutti i rendiconti miei precedenti sia della Clinica, sia della Guardia ostetrica, ebbi a richiamare l'attenzione sulla frequenza con che le lesioni di continuo del collo, del canale cervicale e della cavità uterina sono causa d'aborto.

Non esito frattanto ad affermare, che un grande numero di tali casi sfuggono al sanitario, perchè domina tuttora l'abitudine di limitare l'esame delle gestanti all'eplorazione vaginale digitale, riservando l'uso dello speculum a pochissime circostanze. Invoco anche quivi la esperienza personale per asserire, come in moltissime gestanti ai primi mesi, le quali precedentemente ebbero parecchi aborti d'ignota causa, l'esame collo speculum rileva presenza o di abrasioni, o di vere ulcerazioni del muso di tinca e del canale cervicale.

Tali lesioni abbandonate a sè evidentemente devono, sia sollevare squilibrii di nutrizione e contrazioni uterine, sia estendersi alla cavità uterina, invaderne la mucosa, e conseguentemente distruggere i normali rapporti fra l'ovulo e l'utero, e dare luogo all'interruzione della gravidanza.

E la prova di ciò mi viene fornita dal fatto, che nella maggior parte dei casi in cui, senza preconcetti, intervenni a medicare direttamente a mezzo specialmente di antisettici dette lesioni, ottenni, non solo la guarigione di queste, ma la continuazione della gravidanza.

Fra i casi della statistica a cui accennai e tra quelli della mia pratica privata, le osservazioni mie cliniche al riguardo raggiungono la rispettabile cifra di 270. Sonvi fra esse dei casi nei quali, non solo eravi ulcerazione del muso di tinca, ma vi esistevano vegetazioni rigogliose ed estese, sanguinanti e secernenti un liquido giallastro fetente tali, *che per parecchi giorni ebbi a ritenerle quasi con certezza di indole carcinomatosa.* Inutile aggiungere come i sintomi dell'aborto fossero in queste molto più accentuati.

Le lavature vaginali con soluzioni all'uno per 2 mila di sublimato corrosivo, le cauterizzazioni locali con una miscela di jodolo, salolo e magistero di bismuto, condussero *quasi sempre* a guarigione queste lesioni, e permisero alla gravidanza di proseguire fisiologicamente.

Richiamo per le lesioni più gravi (potrei al riguardo esporre 25 osservazioni cliniche), l'attenzione dei sanitarii *sull'errore facilissimo a commettersi in simili pazienti, di diagnosticare cioè epitelioma del collo, ciò che con attente medicazioni in meno di un mese può essere condotto a guarigione.*

E tanto più vi richiamo l'attenzione, per avere constatato talora gravissimi interventi in simili casi, ed aver anco letto nelle conclusioni del Charpentier (Société obstétricale de France, Congresso dell'Aprile 1897) proposte e sostenute in dette lesioni le cauterizzazioni col termocauterio e le operazioni di plastica cervicale. Reali esagerazioni queste, che ponno riuscire talora fatali, bastando, ripeto, ad ottenere un felice risultato (come vedremo più avanti nel trattamento) mezzi assai più semplici,

Le lacerazioni del collo avvenute in parti precedenti e non riparate, e su cui giustamente richiamò l'attenzione l'Emmet, dal lato ginecologico hanno pure indubbiamente una ben notevole influenza sul decorso delle successive gravidanze ed io non esito a metterle fra una delle non infrequenti cause d'aborto. Le briglie ed i tessuti cicatriziali che vi persistono turbano il circolo locale, turbano l'innervazione, esercitano nei movimenti del corpo trazioni talora dolorose, e grado a grado

ponno così causare l'aborto, su di che anche Keiffer (1) richiamò l'attenzione. Egualmente dicasi delle *lesioni preesistenti* degli annessi, per quanto queste il più delle volte impediscano la gestazione.

4.° *Retroversione dell'utero e le altre anomalie di posizione e di forma.*

È un'altra questione su cui già ripetutamente in miei rendiconti clinici precedenti insistetti, quella cioè della *frequenza non sufficientemente conosciuta od ammessa con che le modificazioni di forma e di posizione e specialmente le retroversioni dell' utero gravido sono causa di aborto.* Richiamo al riguardo la memoria, oltrecchè ai rendiconti da me pubblicati, alla monografia « Osservazioni cliniche sulla retroversione e sulla retroflessione dell'utero considerate specialmente durante lo stato di gestazione. » *Gazzetta medica di Torino,* Torino, 1890. La tesi che sostengo è per me punto nuova, ed è questa una delle circostanze in cui il precetto *repetita juvant* ha giusta ragione di essere applicato.

Ben 200 osservazioni cliniche personalmente da me raccolte così dalla già sovraesposta statistica come dalla pratica privata, stanno a dimostrare, come molti ripetuti aborti di cui sfuggì sempre la diagnosi eziologica, debbono la loro origine a spostamenti uterini *(in più particolar modo a retroversioni)* che, o preesistevano, o si avverarono man mano al primo od ai primi due mesi nelle singole gravidanze, per la poca resistenza dei legamenti e per l'aumentato peso dell'organo gestante

Lo Schroeder intorno a tale distocia ebbe a scrivere: « Talora, ma è difficile che succeda, l'utero non può sollevarsi al disopra del promontorio, cresce nel piccolo bacino, e quivi, di regola verso il principio del quarto mese, da sintomi di incarceramento, e l' ostetrico si trova dinanzi ad una retroversione dell'utero gravido. Così accade il più delle volte, e dico il più delle volte, perchè non si sa ancora di certo se un utero prima normale e poi cresciuto per il fatto della gravidanza, possa talora d'un momento cadere in retroversione e presentare i sintomi di incarceramento. »

Evidentemente lo Schroeder intende parlare di incarceramento, del più grave degli esiti cioè della retroversione dell' utero gravido, che, quando si avvera, non ha luogo come giustamente scrive lo Schroeder, che al principio del quarto mese.

---

(1) Keiffer. « Congrès de la Société obstétricale de France. » 1897.

Ma obbiettivo nostro è richiamare l'attenzione su quanto accade nei primi due o tre mesi in simile distocia. Due quesiti perciò ci si presentano a risolvere e cioè: sono frequenti le interruzioni della gravidanza per retroversione dell'utero? ed in secondo luogo, è la retroversione dell'utero gravido un fatto preesistente o si avvera durante la gravidanza?

Al primo quesito solo possono rispondere i dati statistici, ma questi, come in principio di questa mia memoria ebbi ad esprimermi, non ci possono essere forniti dagli istituti ospitalieri, ai quali in modo raro occorrono i casi d'aborto, ma sibbene dalle istituzioni per l'assistenza a domicilio.

Infatti, gli esiti della retroversione dell'utero gravido ponno essere tre, e cioè: o si riduce spontaneamentc; o non riducendosi e non venendo dall'arte ridotto, al quarto mese si incarcera, dando luogo ai noti gravi sintomi di compressione; o si ha l'interruzione della gravidanza.

Orbene, di tali tre esiti le mie osservazioni personali mi conducono ad ammettere che, ove non si intervenga in tempo colla riduzione e l'applicazione di adatto pessario, l'aborto ai primi tre mesi sia il più frequente. Per rapporto all'incarceramento tutti gli autori sono d'accordo nell'ammettere essere relativamente assai raro. Non così però per rapporto alla riduzione spontanea, giacchè dai più si tende a ritenere essere esso l'esito più frequente, e ciò con danno del trattamento, perchè il sanitario è portato ad una condotta aspettante non sempre priva di pericoli. Un duplice ordine d'idee, oltrechè i fatti, danno ragione del mio modo di vedere in questo argomento.

Anzitutto, in linea naturale, consideriamo a quali sconcerti è esposta la gravidanza quando l'utero sia in retroversione. Anche l'osservazione superficiale ci conduce a constatare:

1.° Che il circolo viene gravemente turbato, trovandosi piegati su se stessi i tessuti laterali all'utero pei quali transitano le arterie uterina ed utero-ovarica, fonti principali della nutrizione dell'organo. Ne è conseguenza ovvia un'aumentata congestione, sia dell'utero, sia degli annessi, e quindi una turbata nutrizione anche dell'ovulo.

2.° La vescica e l'intestino anormalmente compressi sono pure turbati nelle loro funzioni, e sia direttamente, sia indirettamente, dannosamente influiscono l'organo della gestazione, epperciò la gestazione stessa.

3.º Trovandosi il fondo dell' utero caduto indietro, nella concavità sacrale, è esposto a subire in modo ben più grave tutti i traumi, sia diretti, sia indiretti, delle cadute cioè, della deambulazione, delle scosse in vettura, della defecazione, ecc., e così pure della coabitazione.

Tali conseguenze innegabili facilmente dovrebbero persuadere della facilità con che l' utero gravido retroverso è esposto ad abortire.

Ma sonvi pure considerazioni abbastanza ovvie, che spiegano la ragione dell'errore dominante in non ammettere tale fatto.

La gran maggioranza degli aborti ai primi tre mesi si effettua, come dimostrammo, a domicilio. Ed appunto gli aborti per retroversione avverandosi ai primi tre mesi, sfuggono alle statistiche degli Istituti di Maternità sulle quali finora si fondava l'opinione della maggioranza degli autori intorno all'argomento in questione.

Avvenendo poi tali interruzioni di gravidanza a domicilio, accade che, o non sono assistite, o sono assistite dalla levatrice, raramente dal medico di famiglia, più raramente ancora dall'ostetrico.

E non suona certo offesa l' affermare, che sia la levatrice, sia il sanitario, che non è specialista, ben poche volte ricorrono all' esame obbiettivo, per indagare se nei genitali stessi esista la causa, che spieghi l'aborto all' infuori dei soliti più o meno problematici patemi d'animo, traumi, ecc.

Ed ecco come tale diagnosi eziologica sfugge all' indagine del clinico. Non così ora accadrà nei centri, come Genova, Milano, Torino, Napoli, Bologna, ove havvi un corpo di sanitarii, che in modo particolare si occupano del ramo ostetrico a domicilio, e ne è una prova quanto qui ho l'onore di esporre e sostenere in base a 200 osservazioni, sicuro che gli studii postumi dei colleghi giungeranno alle medesime mie conclusioni.

Per rapporto all'altro quesito, se cioè la retroversione preesisteva o meno, credo anzitutto di soggiungere, che sonvi casi dell'un ordine e dell'altro, ma che più frequentemente preesiste o una vera retroversione od una tendenza alla retroversione.

Ciò mi viene provato dal fatto, che sono numerosi i casi in cui l'aborto si ripete nella stessa paziente più volte per retroversione. Ed io posseggo molte osservazioni cliniche di donne nelle quali in due, tre ed anche quattro gravidanze, successivamente dovetti intervenire colla riduzione dell'utero e l'applicazione di adatto pessario onde evi-

tarne l'interruzione. Nè parlo dei casi in cui riscontrai prima la retroversione, e, sopraggiunta poi la gestazione, dovetti al più presto intervenire pure col pessario.

Da Baudelocque in poi si descrissero due processi per spiegare le deviazioni posteriori dell'utero; la lenta e progressiva, e la brusca ed accidentale.

È noto come nei primi mesi di gravidanza la matrice si abbassa. Ora Denmause, Merrimann, Desormeaux, Paul Dubois, Danyau, Jaquemier opinano, che talvolta la vescica riempiendosi enormemente, si porta sopra il fondo dell'utero seguendo la parete sua anteriore e lo spinge così man mano indietro ed in basso verso la concavità sacrale nello stesso tempo, che stira in alto in avanti il collo, dando così luogo ad un vero movimento di *bascule* dell'asse uterino. A lungo andare la vescica si amplierebbe sempre più formando poi colle sue pareti una grande saccoccia gravitante sulla matrice. Depaul, Boivin, Duges, Charpentier ritengono essi pure questo fatto una frequente causa occasionale della distocia in questione.

Al contrario Williams Hunter, Burns, Moreau, Cazeaux ed altri pensano, che la ritenzione d'orina sia, non la causa, ma l'effetto delle retrodeviazioni dell'utero gravido, giacchè questo in tale posizione anomala, ingrossando, comprimerebbe sempre più il collo della vescica, essendo spinto contro la parete vaginale anteriore. Si invocò poi anche l'accumulo delle feci nell'intestino al disopra della fossa iliaca, quale altra causa occasionale, e Dubois, Depaul, Desormeaux a tale opinione si associano, ammettendo però la preesistenza di una leggera deviazione posteriore. Il tumore fecale eserciterebbe così dall'alto in basso una marcata compressione ed impedirebbe a sua volta il ritorno del fondo uterino alla posizione normale.

Oltre queste due circostanze si annoverano dagli autori, quali cause delle retrodeviazioni uterine in gravidanza, l'esagerata prominenza del promontorio sacro-vertebrale, che sarebbe d'impedimento al risalire in alto dell'utero; l'esagerata ampiezza del bacino, che offrirebbe più facile campo al medesimo di flettersi; l'inserzione sul fondo della placenta, che costituirebbe un peso atto a produrre la versione o la flessione; la sottigliezza della parete posteriore dell'utero, che offrirebbe un insufficiente sostegno posteriore al medesimo; inoltre i vizii di conformazione del bacino, il prolasso dell'utero, i tumori

fibrosi di questo, i tumori addominali provenienti dalle ovaie, e che sviluppandosi eserciterebbero valida compressione dall'alto in basso, l'esagerata ampiezza della vagina, che diminuirebbe la resistenza del piano inferiore del bacino, la multiparità, la debolezza e denutrizione generale dell'organismo, ecc.

E venendo alle forme brusche accidentali, troviamo esposte quali cause di retrodeviazioni dell'utero gravido, gli sforzi, i colpi, le cadute, le compressioni sul ventre, i busti stretti, l'esagerato moto, le emozioni, gli sforzi gravi per defecare o per orinare, quali i due casi esposti da Rolland e da Godefroy. Tutte le surriferite circostanze, sia che si tratti di forme lente progressive, o di forme brusche di retrodeviazioni, hanno certo un reale valore.

Importerebbe però stabilire se esse sono le cause assolute, che producono per se stesse tale distocia, ovvero se invece il più delle volte la retrodeviazione uterina preesista in grado più o meno notevole, e tali fatti intervengano o quale effetto, o quali aggravanti della già patologica condizione della matrice.

Come già ebbi a dire, le mie osservazioni personali, mi conducono a ritenere essere di molto più frequente questa seconda circostanza. Degne di nota sono pure le altre anomalie di forma e di posizione, in ispecie il prolasso, l'antiversione e l'antiflessione dell'utero.

Ma uopo è pensare che esse intervengano in modo relativamente assai raro quali causa d'aborto; dico relativamente alla retroversione, poichè certo l'antiversione esagerata ed il prolasso contano pure sul loro attivo un numero sempre maggiore d'interruzioni di gestazioni, e pur non insistendovi a lungo, credo pure necessario fortemente richiamarvi l'attenzione dei sanitarii.

5.° *Squilibrii funzionali, deficente resistenza e gravi rialzi di temperatura nella madre, diffusione di processi infettivi della madre all'ovulo, anomalie nello sviluppo di questo.*

È risaputo come la temperatura del prodotto del concepimento sia superiore a quella della madre. Riesce quindi facile il comprendere come, giungendo la madre a temperature massime, il prodotto del concepimento trovandosi a temperature anche superiori possa soccombere.

Tutto ciò poi che può procurare la morte del prodotto del concepimento è, evidentemente causa d'aborto.

E lo sono le varie malattie infettive che colpiscono la madre e

ponno diffondersi all'ovulo, gli squilibrii funzionali di varia natura, particolarmente gli intestinali, nonchè la deficente resistenza organica dipendente sia dall'età, sia da malattie pregresse od in atto, complicanze tutte che ponno pure per se stesse agire sull'utero gravido e provocare l'aborto. E lo sono inoltre le molteplici anomalie di sviluppo dell'evulo stesso.

III.

Profilassi e cura dell'aborto.

Premetto, che quasi precipuo obbiettivo della presente mia memoria si è la *profilassi* dell'aborto, intendendo per profilassi dell'aborto l'insieme dei precetti igienici e dei mezzi terapeutici, che mettiamo in pratica per evitare la spontanea interruzione della gravidanza.

Il sanitario è spessissimo interpellato da gestanti, che ebbero precedenti gravidanze terminate con aborto e che bramano di condurre a termine quella in corso, e assai spesso egli, se non ha molta esperienza ostetrica, ben poco riesce a suggerire di razionale e che soddisfi allo scopo, ed un nuovo aborto si avvera con cordoglio della paziente e della famiglia e con una specie di demoralizzazione, di sfiducia del medico stesso.

Ma ciò oggidì non dovrebbe più accadere con tanta frequenza ove, come sopra dissi, uno studio serio, positivo, dettagliato delle cause venisse fatto, ed i corollarii che ne emergono si mettessero in pratica.

Poichè è evidente come in simili casi il primo e più importante quesito, che il medico deve farsi è quello di ricercare coi dati anamnestici, subbiettivi e obbiettivi che può raccogliere, nonchè per razionali induzioni, quale o quali furono le cause dei precedenti aborti. E stabilite o sospettate quali possano essere state tali cause, tutto mettere in campo onde nella gravidanza attuale evitarle o toglierle se già osistono.

In uno od in più d'uno dei sopraesposti gruppi di cause generalmente riusciremo a collocare gran parte dei casi, che si possono presentare. Epperò saranno razionali mezzi profilattici, come in appresso vedremo nella cura dell'aborto evitabili:

1.° L'evitare alla madre i traumi e gli sconcerti di varia indole *specialmente* nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali.

2.° La cura della sifilide, se dubbio vi ha della sua esistenza nel padre o nella madre; somministrazione di piccole dosi di mercurio (1|3 di centigrammo al giorno) nei soggetti denutriti, anemici, poco resistenti, d'incerta causa.

3.° Curare e guarire le lesioni di continuo del collo, del canale cervicale se ve ne sono, nonchè degli annessi.

4.° Riduzione dell'utero se spostato ed applicazione di adatto pessario.

5.° Moltiplicare le precauzioni tutte che l'esperienza clinica ci suggerisce nelle epoche della gravidanza corrispondenti alle epoche in cui avvennero gli aborti nelle precedenti gravidanze. Non attendiamo dunque, che sianvi già i sintomi di minacciato aborto, ma tosto che tali pazienti rimangono incinte interveniamo col suggerire le regole igieniche ed i mezzi adatti ai singoli casi, preoccupandoci sempre di avere presente in quali epoche si interruppero le precedenti gestazioni, ben sapendo dall'esperienza, che l'utero tende alle medesime epoche a contrarsi ed a svuotarsi.

Alle cure generali (*mezzi relativi alle cause*) contro l'aborto evitabile rimando il lettore per maggiori particolari sulla profilassi e ciò onde non ripetermi inutilmente.

Per rapporto alla cura dell'aborto dobbiamo anzitutto distinguere se esso è *evitabile* o *non più evitabile,* se cioè l'interruzione della gravidanza è solo minacciata o trovasi già in atto.

A. Minaccie d'aborto o aborto evitabile.

Per massima, come tutti i migliori autori consigliano, dobbiamo essere molto scrupolosi nel diagnosticare inevitabile l'aborto, epperciò conviene avere tendenza maggiore a giudicare trattarsi di minaccia d'aborto, piuttostochè di aborto in atto.

Sono frequentissimi i casi nei quali, anche con sorpresa dell'ostetrico, ed in onta ai sintomi i più serii, si veggono, dietro adatte cure, continuare gravidanze, che si ritenevano irrimediabilmente interrotte; ogni ostetrico ne registra certo un buon numero di osservazioni.

Se havvi un campo in cui conviene con noi stessi essere anco eccessivamente ottimisti, certo si è questo. Con tali principii eviteremo sovente di involontariamente provocare con mezzi inadatti, quanto potevasi evitare.

Sono dati di inevitabile aborto:

a) il constatare la morte del prodotto del concepimento,

b) il constatare la rottura dell'ovulo,

c) il constatare già dilatato il collo dell'utero e l'ovulo disceso nel canale cervicale, e quindi il distacco di questo dalle pareti uterine.

Se nessuno di tali fatti esiste, anco se havvi imponente metrorragia, e la paziente offre fenomeni riflessi gravi, dobbiamo a *priori* sempre ritenere *evitabile* l'aborto.

In questa categoria di casi le cure a farsi sono evidentemente relative ai mezzi atti ad impedire l' interruzione della gestazione, e cioè:

1.° *Mezzi d'indole generale.* — Elemento prezioso è sopratutto il tempo in questa contingenza ostetrica; intervenire il più presto possibile significa soventissimo conseguire l'obbiettivo di far proseguire la gestazione.

Avanti quindi anche esserci fatto un concetto chiaro della causa della minaccia d'aborto, converrà far tosto coricare la paziente a letto in posizione orizzontale, *raccomandandole, che tenga la massima immobilità.* Quiete assoluta dobbiamo ottenere nell'ambiente, che la circonda

Il *Viburnum prunifolium* sappiamo che ha un'azione specifica nel calmare le contrazioni uterine; osservazioni quotidiane ce lo dimostrano. Si scriva l'estratto fluido di *Viburnum prunifolium* preparato secondo la farmacopea degli Stati Uniti, e se ne somministrino subito 30 goccie in un bicchierino d'acqua.

Successivamente lungo le ventiquattro ore se ne potranno dare altre 60 goccie in due dosi. Se l' intestino non è libero sarà opportuno sbarazzarlo con un clistere di acqua glicerinata, o con decotto di semi di lino; è sempre utile che esso venga mantenuto vuoto. E conseguito tale obbiettivo poi, converrà pure per maggior sicurezza praticare un clistere colla miscela seguente:

Tintura di Piscidia Erytrina grammi *tre.*
Laudano liquido del Sydenam grammi *uno.*
Acqua distillata grammi *cento.*

Occorrendo, nelle 24 ore, se ne potrà dare un secondo.

Altri associa al laudano l' antipirina in dose di tre grammi pure per clistere, in due volte. L'esperienza mia personale però finora non

mi conforta a consigliarla. Soddisfattissimo invece sono, sia degli oppiacei, sia del *Viburnum*, sia della *piscidia*.

Essendovi poi perdita di sangue in quantità un po' notevole, aggiungo al *Viburnum* per via orale l'*Hydrastis Canadensis*, il quale esercita azione emostatica facendo contrarre i vasi ed *ha pure, sembra, una discreta azione calmante* (che potrebbe anche essere spiegata dalla locale relativa ischiemia, che esso provoca). La dose dell'*Hydrastis Canadensis* è di 50 goccie, che può al *maximum* essere ripetuta tre volte nelle 24 ore.

Qualora poi per via orale non sia ben sopportato, esistendo nausea e vomiti, si potrà somministrarlo per via rettale nella dose di 80 goccie associato al laudano ed alla piscidia. Tali cure si continueranno in modo più o meno intenso finchè siano scomparsi i sintomi dell'aborto. Il riposo a letto è sempre bene sia prolungato per due o tre giorni dopo anche la cessazione di tali sintomi.

2.° *Mezzi relativi alle cause.* — Provveduto così rapidamente ed energicamente al pericolo imminente, il sanitario indagherà la causa del minacciato aborto, informandosi sopratutto, se altri aborti precedenti vi furono e come avvennero. Per tal modo darà alla paziente gli opportuni consigli sia pel presente, sia per l'avvenire.

a) Primo suggerimento sarà di evitare ogni sconcerto sia fisico, sia morale nei giorni che corrisponderebbero ai periodi mestruali. A tal uopo sarà bene, che egli stesso calcoli quali sarebbero per ciascun mese successivo tali giorni e lasciarli in iscritto alla paziente.

Il calcolo è facile, esso si basa sulle abituali ricorrenze, sui giorni di durata e sull'apparizione dell'ultima mestruazione. Così, supposto che una gestante abbia avuto l'ultimo mestruo il 21 Aprile, che abitualmente i periodi in essa anticipassero di tre giorni, ed avessero la durata di cinque, noi suggeriremo alla stessa rimasta incinta di avere le massime precauzioni successivamente:

in Giugno	dal	12	al	21	
» Luglio	»	9	»	18	
» Agosto	»	6	»	15	
» Settembre	»	3	»	12	
» Ottobre	»	1	»	9,	ecc.

Tenendo conto cioè dei giorni in cui perdura in ciascun soggetto il periodo mestruo, e l'epoca in che cadrebbe successivamente, antici-

peremo di tre giorni e prolungheremo di uno o due il periodo, diremo, di *circospezione*. Saremo così sicuri di comprendervi tutti quei giorni in cui l'utero, pur essendo gestante, abitualmente tende a congestionarsi maggiormente.

Le precauzioni a prendersi, specialmente in dette epoche, saranno: evitare per quanto è possibile le emozioni, siano esse buone o cattive; assecondo della gravità del caso, dedotta questa dagli aborti precedenti, dai sintomi già manifestatisi, e dalle condizioni dell'organismo, o camminare pochissimo, o non sortire affatto, o tenere completamente il letto; nessun viaggio nè in vettura, nè in ferrovia, e tanto meno in bicicletta od a cavallo; nessuno sforzo, nè di chinarsi a sollevar pesi, nè di smuovere oggetti pesanti, ecc.; proibita assolutamente la coabitazione; abiti larghi, senza busto e senza cinture; non fare bagni generali e tanto meno semicupi; vitto leggero, facilmente digeribile; ricordarsi di orinare almeno ogni 5 ore, e di svuotare ogni giorno l'intestino; evitare i rapidi mutamenti di temperatura.

Tutte tali precauzioni si protrarranno evidentemente anche agli altri giorni qualora persistano o si rinnovino le minaccie d'aborto.

b) Nei casi in cui si rintracciano dubbii di esistenza o preesistenza di sifilide, sia nel marito, sia nella madre, è oramai risaputo quanto sia utile l'intraprendere una seria cura mercuriale nella gestante, usando o delle pillole di bicloruro di idrargirio alla dose di mezzo centigramma per pillola, o con iniezioni ipodermiche pure di bicloruro di idrargirio, o di salicilato di mercurio, o di calomelano, o con frizioni di unguento cinereo, a seconda della tollerabilità dell'organismo.

c) Nei soggetti anemici, denutriti, in istato di notevole depressione del sistema nervoso, nei quali già altri aborti si avverarono *senza cause note o presumibili*, oltre alle regole igieniche abituali l'esperienza mia personale mi induce a raccomandare la somministrazione di una pillola ogni sera di un terzo di centigrammo (dopo il primo mese, se ben tollerato, si può portare la dose a 1[2 centigrammo) di bicloruro di idrargirio seguendo la formola:

Bicloruro di idrargirio
ed Estratto tebaico ana centigr. *dieci*
M. e fa s. a. pillole *N. trenta.*

Tale trattamento converrà continuare per tre o più mesi secondo le condizioni in cui va man mano mettendosi la paziente. All'accenno

già fatto nel capitolo « Cause » ad un lavoro sperimentale da me pubblicato nel 1885 e poi confermato da autorevoli clinici, sull' efficacia ricostituente del mercurio a piccole dosi, mi sento qui autorizzato a ripetere, che le osservazioni cliniche mie personali numerose mi dimostrarono effetti talora veramente *sorprendenti,* sia pel miglioramento generale dell'ammalata, sia per la prosecuzione della gravidanza.

Se la spiegazione debbasi ricercare o nell'esistenza di sifilide occulta, o in un'azione specifica del mercurio a piccole dosi sull'utero, o semplicemente sull'effetto suo ricostituente, non oso finora affermare; certo il risultato è tale quale esposi, ed i colleghi facilmente potranno confermarlo colla preziosa loro cooperazione sperimentale clinica.

Sia nei casi accennati alla lettera *b,* sia in quelli alla lettera *c,* se il mercurio non è ben tollerato, si potrà utilmente sostituirvi il ioduro di potassio alla dose di un grammo al giorno in mezzo litro di acqua da prendersi a parecchie riprese nelle 24 ore.

d) In tutti i casi di aborti abituali e di minaccie d'aborto converrà *sempre* praticare un esame diretto collo speculum del muso di tinca e del canale cervicale.

Ben soventi si riscontreranno, sia sul muso di tinca, sia nel canale cervicale, lesioni di continuo, che punto si sospettavano e che, in mancanza di altri fatti, possono spiegare la causa dell'aborto. Il Charpentier, nella sua relazione al Congresso della Società ostetrica francese (23 Aprile 1897) accennò a tale causa, ma per rapporto al trattamento suggerisce o troppo o nulla, e cioè o l'amputazione del collo, o la cauterizzazione col ferro rovente, ovvero attendere per premunirsi poi per le successive gravidanze.

È erroneo, sia l'attendere, sia il fare troppo; le numerose mie osservazioni al riguardo mi inducono a suggerire: di far praticare lavature o tutti i giorni, o a giorni alterni, od ogni due, tre, quattro giorni secondo la gravità del caso, di soluzioni di sublimato corrosivo all'uno per duemila (abitualmente uso un mezzo grammo in un litro d'acqua calda), raccomandando che dette iniezioni sieno fatte dolcemente, con poca pressione, spingendo poco la cannula in alto, e tenendo la paziente in posizione orizzontale; ogni otto giorni (al *maximum*), messo il muso di tinca allo scoperto con speculum, praticare delle pennellature o con acido fenico in alcool al 50 0|0 o, se le lesioni sono più profonde, con cloruro di zinco e alcool pure al 50 0|0; ogni quattro giorni spolve-

rare le soluzioni di continuo con una miscela a parti eguali di salol, jodol e magistero di bismuto.

Con tale trattamento fatto con molte precauzioni, cercando di traumatizzare meno che è possibile, vidi cicatrizzare anche profonde e vaste ulcerazioni, distruggersi vegetazioni simulanti veri epiteliomi, e continuare fino a termine la gravidanza, quando in precedenti gestazioni eransi osservate due, tre, quattro e più interruzioni.

Non infrequentemente si notano pure lesioni degli annessi, essudati di più o meno antica data ed in questi casi è utile, anco in gravidanza, applicare nel fondo della vagina qualche ovoide di glicerina pura. Sopratutto occorre molto riposo. Egualmente si dica se vi esistono lacerazioni del collo avvenute in parti precedenti.

e) Immediata riduzione dell'utero se in retroversione o prolassato e applicazione di adatto pessario.

Non credo opportuno di molto insistere sul trattamento di questa distocia; dirò, riferendomi a quanto già scrissi, che nei casi di retroversione dell'utero havvi in oggi forse una tendenza esagerata ad una condotta di *aspettazione,* per il fatto, che talora si osserva, che l'utero man mano che aumenta di volume pel progredire della gravidanza, spontaneamente si innalza e si porta nel grande bacino.

Ammetto perfettamente, che quando trattasi di leggiere retroflessioni e retroversioni convenga attendere pur sorvegliando la paziente. Ma quando tali anomalie di forma e di posizione dell'utero gestante sono alquanto accentuate, sembrami che il bivio, che si offre al raziocinio dell'ostetrico sulla condotta da tenersi sia troppo ovvio, perchè non prenda una decisione. Infatti, o si interviene riducendo subito l'utero nella posizione normale ed applicando un adatto pessario; ed in questo caso noi sappiamo dalla esperienza, che non solo la paziente non ne soffre punto, non solo non si compromette la continuazione della gravidanza, ma si libera come d'improvviso l'ammalata da serii disturbi presenti (dolori sacro-lombari, difficoltata deambulazione, difficoltata urinazione e defecazione, ecc.) e che man mano sarebbero andati crescendo, e si toglie anche il pericolo di un aborto da tali cause provocato; una numerosa statistica a prova di ciò potrei presentare deducendola dai registri dell'ambulanza che dirigo. Oppure l'ostetrico, dichiarandosi prudente, aspetta, ed allora può accadere: o che, dopo aver tenuta la gestante in riposo, sorvegliata continuamente, rassegnata

a soffrire finchè la natura provveda a che l'utero si porti spontaneamente in posizione normale, e questa sarebbe la buona soluzione; o che coll'aumentare del volume e del peso dell'utero, la retroversione e la retroflessione si esagerino, e dopo parecchi o molti giorni di sofferenze, si debba con *serie difficoltà* decidersi a ridurre l'utero incarcerato applicando successivamente un pessario, quando però non intervenga l'aborto o che si debba questo provocare per irriducibilità dell'utero.

Pur ammettendo quindi, ciò che a tutti è noto, che l'utero gravido retroflesso e retroverso, può spontaneamente (e sovente ciò accade) portarsi in alto, non trovo razionale una condotta di quasi metodica aspettazione, che espone sempre a sofferenze prolungate, e talora a serii pericoli, quando e sofferenze e pericoli, e l'ansietà dell'attesa si possono *d'emblé* togliere con un intervento innocuo; la riduzione e la applicazione di adatto pessario.

B. L'aborto non è più evitabile.

Si diagnosticherà ciò in base alla constatazione di uno o più dei seguenti fatti:

morte del prodotto del concepimento;

rottura dell'ovulo;

dilatazione del collo, distacco dell'ovulo dalla cavità uterina, discesa di esso nel canale cervicale.

Evidentemente più difficile a diagnosticarsi è l'*inevitabile* aborto ai primi mesi.

Stabilito che l'aborto è inevitabile, il trattamento razionale a farsi deve avere per base due obbiettivi e cioè:

1.° Favorire il distacco e la fuoruscita completa dell'ovulo colla minor perdita di sangue possibile, sempre evitando, è ben inteso, ogni causa di infezione.

A tale scopo ottenere metteremo in pratica i seguenti mezzi:

a) Lavature vaginali asettiche o disinfettanti da quaranta a quarantacinque gradi, onde favorire, sia le contrazioni uterine, sia l'arresto della metrorragia.

Saranno antisettiche e cioè, in generale con soluzioni, o di creolina (uno per cento se Pearson, uno per mille se Nava), o di acido fenico al due per cento, o di solfofenato di zinco al cinque per cento,

o di sublimato corrosivo all'uno per tre mila, se non si fecero o ritengonsi insufficienti le lavature disinfettanti precedenti.

b) Somministrazione di estratto fluido di *Hydrastis Canadensis* alla dose di 50 goccie per volta se per bocca, di 70 se per clistere, non più di tre volte al giorno.

Come è noto l'*Hydrastis Canadensis* agisce quale emostatico facendo contrarre i vasi, e quindi non potrà provocare, come la segale cornuta ed i suoi derivati, tetania dell'utero.

L'estratto fluido officinale di *Hamamelis Virginica* agirebbe nello stesso modo dell'*Hydrastis* e cioè facendo contrarre i vasi, ma il suo effetto mi si dimostrò incerto. Si potrà somministrarne pure da 40 a 50 goccie per volta non più di tre volte al giorno. Utilmente potrà essere associata all'*Hydrastis* in parti eguali, somministrando della miscela 80 goccie per volta.

La radice di *Bryonia Alba* fu pure proposta allo stesso scopo, come emostatico dell'utero senza azione ecbolica, ma i risultati non furono finora molto incoraggianti. È quindi a ritenersi essere l'*Hydrastis* a tale riguardo la sostanza che merita la preferenza. La si usi però, ripeto, sotto forma di estratto fiuido, giacchè il cloridrato di idrastina si è dimostrato molto meno attivo e di effetto meno sicuro.

Sconsigliabile assolutamente a questo riguardo la segala cornuta ed i suoi derivati, finchè siavi l'ovulo o gran parte di esso in cavità, onde non vi rimanga incarcerato.

c) Tamponamento vaginale fatto sia con numerosi batuffoli di cotone riuniti a catena e imbevuti (ed indi ben spremuti) in una delle soluzioni antisettiche sopradette, o con striscie di garza egualmente preparate. Lo zaffamento vaginale, oltre ad agire meccanicamente contro la metrorragia, agisce pure quale corpo estraneo provocando contrazioni uterine.

Furono infatti molti i casi in cui ritirando lo zaffamento m'accorsi, che l'ovulo era stato in totalità spinto in vagina. Non solo dunque nessun ostacolo oppone lo zaffamento all'espulsione dell'ovulo, ma la coadiuva ed anco la provoca.

d) Sovente, onde rafforzare le contrazioni uterine senza provocare tetania (e quindi incarceramento dell'utero), ricorsi utilmente alla somministrazione di bisolfato di chinino in dosi di dieci centigrammi ogni due ore, od a soluzioni abbondanti di zucchero, o, meglio ancora, al-

l'una ed all'altra sostanza insieme riunite. Tali sussidi terapeutici quindi credo pure opportuno suggerire.

2.° Impedire che rimangano nella cavità residui ovulari ed evitare perciò le conseguenze dell'aborto per rapporto all'apparecchio genitale. A tale obbiettivo converrà:

a) Sentendo l'ovulo disceso nel canale cervicale non lasciarsi tentare a fare su esso inconsulte trazioni dilacerandolo senza estrarlo in totalità, ma piuttosto o attendere che le contrazioni intervengano ad espellerlo, o provocarle all'uopo. Solo sarà utile estrarlo quando ci avvedremo che è completamente staccato e che si può ritirarlo completo.

b) Espulso od estratto l'ovulo assicurarsi se esso è completo e, nella gran maggioranza dei casi, ai primi due mesi e mezzo praticare il raschiamento. Non si ritenga un abuso operativo il raschiamento dopo l'aborto, poichè l'esperienza oramai ha perfettamente dimostrato come esso riesca utile: contro le metrorragie dopo l'aborto; contro le infezioni; quale profilassi contro le malattie utero-ovariche tanto soventi conseguenti all'aborto.

Insistentemente io ebbi a raccomandarlo fino dal 1891 e successivamente in tutti i miei rendiconti in particolar modo negli ultimi sette (V. in fondo memorie 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), e realmente meraviglia il vedere anco oggidì pubblicato tale intervento quasi come un fatto nuovo, come ad es. nella recentissima memoria del Mouratoff fondata su 12 casi.

A parte i casi occorsi nella pratica privata, che sono numerosissimi, la mia statistica sarebbe rappresentata al riguardo come segue:

Clinica ostetrica di Genova	anno	1891	casi	N. 6	(vedi Memoria	5)
Guardia ostetrica di Genova	»	1891	»	» 5	(» »	6)
» » » »	»	1892	»	» 19	(» »	7)
» » » »	»	1893	»	» 13	(» »	8)
» » » »	»	1894	»	» 29	(» »	9)
» » » »	»	1895-96	»	» 60	(» »	10)
Clinica ostetrica di Novara	»	1895-96-97	»	» 21	(» »	11)

In totale quindi, ripeto (a parte i casi della pratica privata), N. 153.

Orbene su tali 153 casi non ebbi che un solo decesso ed anche questo avvenuto invero nel servizio della Guardia ostetrica nel 1892 ma in condizioni molto eccezionali.

Oltre poi al non esservi stato che un decesso (poco più quindi del

mezzo per cento) i risultati per la paziente sia immediati, sia postumi furono felicissimi.

Non occorre quindi altra argomentazione per dimostrare sia l'utilità, sia l'innocuità di tale atto operativo, e mi è ben grato ora, dopo sei e più anni, che cerco diffonderne l'uso, vederlo indicato e indicato dai migliori autori.

Il metodo ch'io uso e che usano i miei allievi ed assistenti è molto semplice, si esegue nella stessa seduta ed è assai rapido. Gli istrumenti necessarii sono: una pinza di medicazione uterina; una valva Simon; una pinza tirapalle; una serie di 3 curette smusse; una dozzina di dilatatori di Hegar incominciando dal N. 4; un irrigatore a doppia corrente del Doléris; un enteroclisma di gomma; due pinze a larga presa per estrazione di residui ovulari, di cui una rettilinea, l'altra ovulare. È bene che tutti tali istrumenti si trovino sempre alla mano raccolti in una piccola busta di tela di vela facile a farsi bollire.

Deciso l'intervento, si provvede a liberare bene intestino e vescica. Mettesi la paziente in posizione ginecologica su un tavolo; fatta una buona pulizia (acqua e sapone) e disinfezione (sublimato all'1 per 2000) dei genitali esterni, si passa a disinfettare la vagina (lavatura con sublimato in soluzione all' 1 per 2000), poi sulla guida del dito indice della mano sinistra si afferra colla pinza tirapalle il labbro anteriore del collo dell'utero e dolcemente si abbassa l'utero fino alle parti inferiori della vagina, si dilata mano mano il canale cervicale coi dilatatori Hegar fino a che vi penetri il comune irrigatore del Doléris. Si introduce questa cannula irrigatrice e si lava la cavità uterina con soluzione di sublimato all'1 per 2000, se però non trovasi l'ovulo nel canale cervicale ad impedirlo. In seguito colle pinze a larga presa si estraggono tutti i pezzi di residui ovulari che offrono presa, dopo di che si passa al raschiamento usando il cucchiaio di massimo grado che si può introdurre, e tenendo sempre il dito indice della sinistra contro la parete che si raschia. Quando dalla resistenza e dalla regolarità della superficie riteniamo completo il raschiamento, si pratica una seconda lavatura endouterina con sublimato all'1 per 2000. Si applica poi la valva Simon abbassando bene la colonna vaginale posteriore e mettendo bene allo scoperto il muso di tinca; si spolvera abbondantemente questo con una miscela di iodol, salol e magistero di bismuto in parti eguali, si ritira la pinza tirapalle (solo allora) e si

zaffa la vagina con una striscia di garza al sublimato, facendone penetrare un piccolo tratto (avanti ritirare la pinza tirapalle) nel canale cervicale quale drenaggio.

Per 48 ore si lascia in posto la garza tenendo la paziente in riposo assoluto; in seguito levasi la garza, praticansi due lavature vaginali disinfettanti al giorno con creolina od altro antisettico, ed in ottava giornata si permette all'operata di alzarsi per la prima volta.

L'atto operativo per sè viene da me eseguito in un periodo di tempo da 10 a 15 minuti ed è assai poco doloroso per modo che, sia per la brevità del tempo, sia per la poca dolorabilità il più delle volte non cloroformizzo la paziente.

Occorrendo quindi, qualora si abbia cura di tutto ben predisporre ed alla mano su due seggiole laterali, si può eseguire l'atto operativo anche da soli, ciò che è utile pei sanitarii in campagna.

Dissi che nei primi due mesi e mezzo dovrebbesi erigere quasi a sistema il raschiamento dopo l'interruzione della gravidanza, e la ragione è razionale non solo, ma ovvia.

Fino a due mesi e mezzo la placenta non è ancora completamente formata, ciò significa che l'area rappresentata dalla caduca serotina non si è ancora isolata, e la caduca vera e la caduca riflessa sono ancora molto rigogliose. Avvenendo quindi l'aborto in tale periodo rimarranno dal più al meno sempre residui di dette caduche, i quali lasciati a sè o si decomporranno o vegeteranno. Ovvia quindi ne è in conseguenza la utilità del raschiamento.

Accade però che al quarto e quinto mese non di rado si rompa il sacco amniotico, fuoriesca il feto e rimangano gli annessi. In questi casi devensi prima esperire tutti i tentativi possibili per fa espellere placenta e membrane intere, e ciò sia con abbondanti lavacri vaginali, sia specialmente colla spremitura. Ben soventi però l'espulsione o la estrazione avverrà incompleta e quivi pure sarà allora utile far seguire il raschiamento usando di cucchiaio largo e smusso, e premendo assai leggermente onde non esporsi a perforare l'utero.

c) Somministrare la segala cornuta in dosi di 50 centigrammi per volta (due o tre dosi) associandovi opportunamente il bisolfato di chinino in dose di 10 centigrammi per cartina.

Servirà tale somministrazione a far contrarre energicamente l'utero, ed essendo esso vuoto, i vantaggi saranno evidenti.

RIASSUMENDO.

1.° La grave percentuale di casi in cui la causa dell'aborto spontaneo riesce ignota al sanitario e sfugge all'ostetrico, deve indurci a pensare, che l'eziologia di esso non sia sufficientemente conosciuta ed occorre approfondirne ed ampliarne lo studio, e divulgarne la conoscenza.

2.° La frequenza dell'aborto dedotta dai dati statistici ch'io raccolsi presso le istituzioni per l'assistenza gratuita delle partorienti povere a domicilio (Guardie ostetriche), è superiore a quella fornitaci in generale dai varii autori, che la dedussero dal materiale clinico degli Istituti ospitalieri, ed è rappresentata in media del 25 per cento dei parti e degli interventi ostetrici. Utile quindi è indubbiamente il ricorrere a tali istituzioni per uno studio più complesso e reale della frequenza e delle cause dell'aborto.

3.° Clinicamente le cause possono classificarsi nei seguenti gruppi:

a) Traumi e sconcerti di varia indole considerati nel loro effetto specialmente intervenendo durante i giorni corrispondenti ai periodi mestruali e, pei casi di aborti divenuti abituali, nelle epoche di gravidanza corrispondenti ai periodi in cui avvenne la interruzione delle gestazioni precedenti.

b) Sifilide od influenze d'indole incerta, ma che furono vinte in successive gravidanze con trattamento mercuriale fatto sulla madre in dose ricostituente e, in taluni casi, con limitate dosi di ioduro di potassio.

c) Lesioni di continuo del collo, del canale cervicale o della cavità (cervicite, endometrite), lacerazioni del collo e lesioni preesistenti degli annessi.

d) Retroversione dell'utero e le altre anomalie di forma e di posizione.

e) Squilibrii funzionali, deficente resistenza e gravi rialzi di temperatura nella madre, diffusione di processi infettivi dalla madre all'ovulo, anomalie nello sviluppo di questo.

4.° Nella ricerca delle cause che provocarono le interruzioni delle precedenti gravidanze, se ve ne furono, e di quella in corso, sta la base della profilassi razionale dell'aborto; nel mettere in campo tutti i mezzi onde evitare o distruggere tali cause sta la garanzia di un felice esito.

5.° Nella cura dell'aborto occorre sempre stabilire conscienziosamente se esso è evitabile o meno, non devesi ritenerlo *inevitabile* se non quando si riscontri:

o la morte del prodotto del concepimento;

o la rottura dell'ovulo;

o la dilatazione del collo uterino, la discesa dell'ovulo nel canale cervicale e quindi il distacco totale o quasi totale di esso dalle pareti uterine.

Non constatandosi con certezza uno o più di tali fatti, considereremo l'aborto ancora evitabile e quindi metteremo in pratica tutti i mezzi utili ad impedirlo, e nessuno di quelli che, pur essendo notoriamente utile nell'aborto inevitabile, riescono ecbolici.

6.° Nell'aborto evitabile, duplice sarà il nostro intervento, e cioè *d'indole generale* e *d'indole relativa alle cause.*

Il riposo assoluto, la somministrazione di oppiacei, di *Viburnum prunifolium,* di tintura di piscidia, di *Hydrastis Canadensis,* ecc., appartengono alla prima categoria.

Le massime precauzioni nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali, il trattamento antisifilitico, la somministrazione a dose ricostituente del mercurio, le medicazioni locali contro le lesioni della vagina, del collo, del canale cervicale, ecc., la riduzione dell'utero gravido retroverso o prolassato, ecc., appartengono alla seconda categoria dei mezzi, cioè relativi alle cause.

7.° Quando l'aborto, pel riscontrarsi di uno o più dei suesposti fatti, non è più evitabile, avremo di mira due obbiettivi, e cioè:

a) di favorire il distacco e la fuoruscita completa dell'ovulo colla minor perdita di sangue possibile, sempre evitando, ben inteso, ogni causa di infezione; ed a tale scopo saranno utili le lavature vaginali caldissime, la somministrazione di sostanze che non diano luogo a tetania uterina ed incarceramento dell'ovulo, quindi di *Hydrastis Canadensis,* di *Bryonia alba,* di *Hamamelis virginica,* di zucchero, di chinino a piccole dosi, il tamponamento vaginale, ecc.

b) di impedire che rimangano nella cavità residui ovulari ed evitare perciò le conseguenze dell'aborto per rapporto all'apparecchio genitale; ed a tale scopo sarà utile il non rompere l'ovulo che si presenta nel canale cervicale, non estraendolo se non con mezzi adatti e quando sia ben distaccato dalla mucosa uterina, il raschiare l'endo-

metrio quando il minimo dubbio siavi, che residui d'ovulo o di caduca siano rimasti aderenti alle pareti uterine, e ciò senza timore di danneggiare la paziente (nella nostra statistica su 153 raschiamenti di residui ovulari non fuvvi che un decesso, esso pure avveratosi non per l'atto operativo), il somministrare dopo espulso l'ovulo, la segala cornuta od i suoi derivati, il praticare, sempre quando fuvvi intervento, una o più lavature endouterine disinfettanti dopo che l'aborto è espletato.

Non dimentichiamo a questo riguardo, che di numerosissimi casi ginecologici devesi ricercare la spiegazione eziologica in aborti precedentemente avvenuti e non bene acuditi, e che il trattamento razionale dei postumi dell'aborto costituisce un efficacissimo mezzo di profilassi ginecologica.

Pubblicazioni dell'A. nelle quali sono accennate questioni trattate nella presente memoria.

1. « Contributo allo studio dell'emoglobina nel sangue dei sifilitici. » Torino, *Gazzetta delle Cliniche*, anno 1885, numeri 16-17-18.
2. « La sifilide nella gravidanza. » Torino, 1885. Tesi di laurea pubblicata nella *Gazzetta delle Cliniche* del 1.° semestre 1886.
3. « Retroversione e retroflessione dell'utero, considerate specialmente durante lo stato di gravidanza. » *Gazzetta medica di Torino*, 1890.
4. « La Clinica ostetrica e ginecologica di Genova, » 1890. Tip. Sordo-Muti.
5. « Rendiconto della Clinica ostetrica e ginecologica di Genova, » 1891. *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, Torino.
6. « Il primo anno di funzionamento della Guardia ostetrica permanente di Genova. » Tipografia Armanino, Genova, 1892.
7. « Rendiconto del 2.° anno di funzionamento della Guardia ostetrica permanente di Genova, » 1893. Tip. Armanino.
8. « Sulla profilassi ostetrica a domicilio, » 1894. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, Napoli.
9. « Su alcune norme profilattiche per l'esercizio pratico dell'ostetricia a domicilio. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1895.
10. « Le nostre Istituzioni ostetriche e ginecologiche. » Rendiconti e considerazioni. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, Napoli, 1897.
11. « La Clinica ostetrica di Novara nel triennio 1894-95, 1895-96, 1896-97. »

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL PARTO PODALICO
NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

STUDIO STATISTICO

DEL
Dott. ERSILIO FERRONI
Assistente volontario.

(Continuazione, vedi pag. 84).

Meccanismo del parto.

Il maggior numero dei nostri casi di presentazione podalica appartiene alla categoria di quelli in cui il meccanismo del parto avverasi nelle condizioni normali. È inutile quindi che m'intrattenga su di essi essendo invece mio proponimento di raccogliere in questo capitolo i soli che presentano qualche anomalia degna di rilievo.

Comincio dai casi che fermarono l'attenzione del clinico indipendentemente dal meccanismo del parto propriamente detto. Annovero fra questi i 10 casi di obliquità fetale (altre volte riportati a proposito dell'etiologia e delle presentazioni in genere), perchè rendendo il feto mobile al disopra dello stretto superiore, ostacolano l'impegno della parte presentata e ne ritardano i successivi fenomeni meccanici. Difatti la direzione più o meno anomala delle forze conduce ordinariamente ad un prolungamento del travaglio come risulta nel maggior numero delle donne che presentano tale caratteristica. Così, ad esempio, in una IIIpara di 22 anni con un feto in DP varietà natiche e con parto a termine, il travaglio si protrasse per 17 ore; in una Ipara a 7 mesi con feto in varietà natiche SA durò 18 ore; 20 ore in una VIpara a termine (varietà natiche DP); 48 ore in una Ipara a termine (natiche SA). I feti non mostravano nulla di particolare.

Parecchie volte si ebbe occasione di notare la procidenza del cordone. A questo proposito ho raccolto i seguenti dati: su 349 presen-

tazioni di podice vi furono 20 casi di procidenza del cordone, cioè a dire 1 su 17. 4, ciò che fa risalire al 5. 7 0[0] la frequenza di questo accidente. Dei 20 casi in discorso 18 appartengono alla procidenza sola del funicolo, 2 alla procidenza del funicolo accompagnata da quella degli arti superiori. La procidenza si osservò 9 volte nelle Ipare e 11 volte nelle pluripare e, secondo l'epoca della gravidanza, 16 volte a termine, 3 ad 8 mesi, 1 a 6 mesi. Se consideriamo poi questa complicanza in rapporto alla varietà della presentazione e alla posizione si ha:

5 casi di procid. nella pr. pod. completa	= 8. 77 %	2 volte nella SA 2 » » DP
9 » » » » » » incompleta var. natiche	= 4. 07 %	3 » » SA 6 » » DP
4 » » » » » » » » piedi .	= 15. 3 %	1 » » SA 1 » » DP 2 » » DA
1 » » » » » » » » ginocchia DA		
1 » » » » » » » » mista SA.		

Nella maggior parte di questi casi la procidenza del cordone si è fatta in principio del periodo dilatante.

Dalle osservazioni sommariamente esposte si vede come nei parti podalici a termine la procidenza del funicolo sia più frequente che in quelli prematuri, come nella varietà piedi essa raggiunga un numero massimo, mentre nella varietà natiche uno minimo e come le posizioni DP siano più favorevoli che le SA alla produzione di questo accidente. Sulla frequenza di tale anomalia ci troviamo perfettamente d'accordo con le cifre dell'Inverardi (10), il quale su 301 presentazioni di podice vide 17 procidenze di cordone, corrispondenti cioè al 5. 4 0[0] dei casi da lui raccolti. Il Berruti (4), nella stessa Clinica di Torino, avrebbe trovato la percentuale del 4. 4, mentre il Casati (1), nel 1865 nella Scuola ostetrica di Milano, il 7. 4 0[0]. Hecker (22), del resto, stabilisce nelle presentazioni podaliche la proporzione di un prolasso del funicolo sopra 11 parti. Per quanto siano varie queste cifre, rimane tuttavia indiscusso che il parto pel podice favorisce la procidenza del cordone. Churchill, come dice Hubert (37) su 128,224 parti in genere la riscontrò nel rapporto di 1 sta a 221 e questi, sulle cifre medie della Lachapelle, della Boivin, del Michaelis, dell'Arneth, dello Scanzoni, ecc., ecc. conclude per 1 caso su 296 o 300. Se vogliamo poi paragonare le no-

stre cifre con quelle che si ricavano dalla presentazione di vertice, riferiamo soltanto i risultati dell'Hildebrandt (95) che in simili casi trovò una procidenza di cordone su 148 parti.

Anche la procidenza degli arti superiori è una complicanza non molto rara della presentazione di podice. Sui miei 349 casi la trovo segnata 8 volte, cioè a dire nel 2.29 0[0 di essi. Due volte la procidenza degli arti fu contemporanea a quella del funicolo. Delle donne che presentarono questa anomalia 5 erano Ipare e 3 pluripare, e la gravidanza a cui gli 8 casi appartengono era giunta 6 volte a termine, 1 volta a 8 mesi e 1 volta a 7 mesi. In 7 casi si fece procidente un solo arto, in uno entrambi vennero all'esterno. Degli arti, 3 volte era procidente il posteriore, 4 volte l'anteriore, intendendo l'ubicazione di anteriore e posteriore in rapporto alla posizione del feto. In quanto al genere della presentazione podalica se ne ebbero 7 incomplete e una completa: le prime appartengono alla varietà natiche (6) e alla varietà mista (1). Ecco sommariamente tutto ciò che si riferisce al segmento di arto superiore procidente in rapporto alla posizione e alla varietà della presentazione:

3	volte	il braccio sinistro	in	3 DP	varietà	natiche	
2	»	la mano sinistra	»	2 SA	»	»	
2	»	il cubito sinistro	»	2 SA 1	»	»	e 1 var. mista
1	»	entrambe le mani	»	1 DP	completa.		

La procidenza di un arto superiore o di entrambi si è avuta quindi in 4 SA e in 4 DP, manca del tutto nelle altre due posizioni; l'arto che è disceso in vagina è stato sempre il sinistro. In parecchi di questi casi la procidenza dell'arto si associa all'obliquità fetale. Relativamente al peso dei feti il maggior numero di essi è inferiore alla media normale. Fra quelli a termine se ne notano ad es. di 2880, 2597, 2415, 1608 gr.; il feto ottimestre pesa gr. 1412. Non vi sono altri particolari che c'interessino, tranne in un caso appartenente ad una VIpara, nella quale il feto che aveva reso procidenti entrambe le mani, oltre ad essere piccolo era idrocefalo e la pelvi materna era viziata di primo grado (piatta).

La procidenza dell'arto è stata adunque in rapporto con un gran numero di fattori e principalmente con l'obliquità e la piccolezza del feto.

Venendo ora al meccanismo del parto podalico, accenneremo al-

cune osservazioni che vi si riferiscono, cominciando da quelle del secondo tempo. Le anomalie del 2.° tempo sono state numerose perchè in rapporto coll' aumento di volume del feto, colle viziature pelviche, col genere di presentazione, ecc. Come dirò in seguito, in molti casi il travaglio si è eccessivamente protratto e buona parte di questo tempo è stato impiegato dal feto per discendere dallo stretto superiore al piano perineale: anche questi casi quindi si dovrebbero considerare come altrettante anomalie della progressione. Per non dilungarmi mi limito a questo semplice accenno e riporto invece un solo caso in cui l'arresto della discesa si ebbe per una rotazione che il feto eseguì quando ancora doveva profondamente impegnarsi. Si trattava di una pluripara a termine con presentazione podalica incompleta, varietà natiche, in SISP. La pelvi era piuttosto ampia. Quando tutto faceva sperare un rapido svolgersi del meccanismo del parto, le natiche, che trovavansi nella parte alta dello scavo, rotarono in modo da sostituire alla SISP primitiva una posizione sacro-sacrale, in seguito a che il feto non potè più progredire (3340 gr.). Questo caso è una conferma evidente di quanto la Lachapelle e il Moreau (30) avevano stabilito, cioè a dire che la discesa della parte presentata si rende molto difficile quando il diametro sacro-pubico del feto ha tendenza a disporsi parallelamente al diametro antero posteriore della madre. L'evidenza è poi maggiore se si considera l'ampiezza della pelvi materna. Aggiungiamo sul rallentamento e sull'arresto della progressione in genere, che la varietà natiche favorisce più delle altre quest'anomalia come ho notato nella maggioranza dei miei casi, e che nello stesso modo agiscono le inclinazioni fetali e le posizioni posteriori. In complesso poi la discesa è sempre lenta. Tutti questi fatti non hanno bisogno di spiegazione alcuna.

Le anomalie del terzo tempo sono frequentissime. Ai caratteri proprii del podice (volume, resistenza, forma, ecc.) si debbono le assenze e i pervertimenti della rotazione. Ho notato, per lo più, la mancanza di rotazione interna nei feti piccoli e nelle pluripare e nel maggior numero di questi casi l'assenza del terzo tempo non ha influito sull' ulteriore meccanismo del parto. A questo proposito conviene osservare, col Tarnier (29), che se nella varietà natiche la rotazione è tardiva, essa non si produce perchè il tronco non può ruotare nello scavo essendo divenuto un fusto rigido per gli arti inferiori che, agendo come due asticelle attaccate alla parete ventrale del feto, ne impediscono le possibili inflessioni.

In quanto ai pervertimenti e alle esagerazioni di tale movimento ho raccolto appena 3 casi:

1.° Pluripara, a termine con pelvi normale. Il feto, che si presenta in varietà natiche SA, è idrotoracico e pesa gr. 2258. Lungo la rotazione le natiche si spostano da sinistra a destra in modo tale da situarsi trasversalmente allo stretto inferiore e col sacro in corrispondenza dell'arcata pubica.

2.° Pluripara, a termine con pelvi ampia. Il feto, idrocefalo, di gr. 2401, si presenta in varietà natiche SA. Lungo la progressione il podice ruota nello scavo e il diametro bitrocanterico, girando da sinistra verso destra, si mette successivamente in rapporto col trasverso, coll'obliquo sinistro, con l'antero-posteriore, con l'obliquo destro e di nuovo col trasverso della pelvi in modo da far trovare, a rotazione compita, il pube del feto in corrispondenza del pube della madre, dopo avere trasformato cioè la posizione primitiva in DA, SP e SS.

3.° Pluripara, a termine con presentazione podalica incompleta, varietà natiche SA e pelvi normale. Feto con spina bifida e di 3200 gr. Le natiche scendono al piano perineale in posizione sacro posteriore diretta (SS), vale a dire dopo avere ruotato da sinistra a destra per 3[8 di cerchio.

In questi tre casi l'anomalia del terzo tempo trova una spiegazione nei particolari che ho riferito relativamente alla madre e al feto: la spina bifida, l'idrotorace, l'idrocefalia, la pelvi ampia, la pluriparità, la piccolezza del feto, ecc. possono infatti dare ragione del fenomeno.

Sulle anomalie del quarto tempo dirò pochissime parole. La mancanza di espulsione della parte presentata, quando non si deve a delle condizioni speciali dell'utero o della pelvi materna, si avvera per lo più nei casi di feto abbastanza sviluppato e in quelli in cui la rotazione interna o non è avvenuta o ha dato luogo ad una situazione trasversale del diametro bitrocanterico. Questo fatto si è riscontrato nel secondo e nel terzo dei casi sopra citati, pei quali l'ostetrico è stato costretto ad intervenire manualmente o strumentalmente.

Il disimpegno dell'estremo podalico in situazione obliqua figura parecchie volte nei registri della Clinica di Pavia e ciò specialmente nei casi di pluripare e di feti poco sviluppati. Un'osservazione, fra le altre, è degna di nota, perchè oltre all'espulsione della parte presentata in situazione obliqua, vi è anche quella del diametro bisacromiale,

ma riprodotta in senso inverso. Si tratta di una pluripara, a termine, con presentazione podalica incompleta, varietà natiche, SP. Pelvi normale. Il feto (di 2373 grammi) discende lentamente e il diametro bitrocanterico si libera in senso obliquo senza che le natiche avessero tentato di ruotare. Espulso il podice, il tronco gira spontaneamente sopra se stesso in modo che il diametro bisacromiale viene all'esterno anch'esso in senso obliquo con la spalla sinistra in corrispondenza della branca ischio-pubica destra. Il disimpegno del podice in situazione trasversale ammesso anche dal Baudelocque (19) nel campo delle possibili anomalie del 4.° tempo, è stato confutato dalla maggior parte degli ostetrici, come del resto aveva fatto anche la Lachapelle (30) dichiarando di non averne visto nemmeno un caso. La 1.ª delle mie osservazioni citate a proposito della rotazione interna, si riferisce appunto ad uno di quei rari casi in cui il disimpegno è avvenuto in situazione trasversale e ciò senza alcun soccorso dell'arte e senza che il podice abbia riscontrato la minima difficoltà nell'attraversare lo stretto inferiore e l'anello vulvare.

Questo caso si può adunque contrapporre a quelli nei quali la rotazione anomala ha interrotto completamente il meccanismo del parto.

Nel 4.° tempo vanno comprese altre complicanze relative all'espulsione del tronco e delle spalle. A proposito dell'etiologia riportai alcuni casi di brevità del cordone (assoluta o relativa): li richiamo semplicemente in questo capitolo perchè si collegano a tutti quei fattori che rendono anomalo il meccanismo del parto podalico. Una sola volta il funicolo ombelicale si trovò a cavalcioni sull'ovoide pelvico. Delle compressioni del cordone non parlo dal momento che esistono in tutti i casi, salvo qualche rara eccezione. Di maggiore interesse è il sollevamento e la sbarratura degli arti superiori. Sui miei 349 casi quest'anomalia è segnata 10 volte, nella proporzione cioè del 2.8 0[0; 5 volte si sollevarono entrambi gli arti, 5 volte un arto solo; 9 di questi casi appartengono a gravidanze a termine, uno a gravidanza a 7 mesi, 6 a pluripare e 4 a primipare. Gli arti si rialzarono e si sbarrarono 2 volte nella SA, 2 nella DP, 4 nella DA e 2 nella SP. Il peso del feto fu superiore ai 3000 gr. in 4 casi, inferiore ai 3000 gr. in 6 casi. Aggiungo qualche particolare su queste osservazioni:

1.ª Pluripara a termine. Il feto (2373 gr.) si presenta in varietà natiche SP. Il podice si disimpegna, senza aver ruotato, in situazione

obliqua; le spalle girano entro lo scavo eseguendo un largo movimento a spira per disimpegnarsi alla loro volta in rapporto all'obliquo destro: lungo questa rotazione s'innalzano entrambe le braccia verso il lato destro della pelvi.

2.ª Pluripara, a termine, con presentazione podalica incompleta, varietà natiche DA. Il feto pesa 1919 gr., è ascitico e porta un giro di cordone serrato sul collo. Spontaneamente si solleva il braccio destro.

3.ª Primipara, con pelvi rachitica, totalmente ristretta piatta (CV., cm. 6.6). A 7 mesi si provoca il parto e il feto di 2150 gr. si presenta pel podice completo in DP. Espulse le natiche, il cordone cessa di pulsare. Si eseguisce allora l'estrazione manuale e durante questa manovra avviene lo sbarramento del braccio sinistro.

4.ª Primipara, con feto a termine (3370 gr.) in presentazione podalica completa SA. A principio di dilatazione il cordone si fa procidente. Sopraggiunge, quando ancora la progressione non si è avverata, l'inerzia uterina per il che si ricorre all'estrazione manuale. Lungo le trazioni si sbarra l'arto anteriore.

5.ª Pluripara a termine. Presentazione podalica incompleta, varietà mista DP. Feto di 2860 gr. A cagione del prolungamento del travaglio (21 ore) si passa all'estrazione manuale. Sbarramento dell'arto poster.

6.ª Pluripara (IIpara), a termine. Feto di 2770 grammi in varietà natiche DA. Il parto è rapido: tutta la durata del travaglio, compreso anche il secondamento, è di 3^{h} e 35'. Entrambi gli arti si rialzano ai lati della testa.

7.ª Primipara con parto a termine in varietà natiche SP.; feto di 3290 gr. Il travaglio si protrae a lungo (43 ore circa) laonde s'interviene coll'uncinazione digitale e strumentale dell'inguine anteriore e successivamente coll'estrazione del feto. Entrambi gli arti si rialzano.

8.ª Pluripara, a termine. Feto di 3510 gr. in varietà mista SA. Ambedue gli arti si rialzano in seguito all'estrazione manuale che urgeva per la vita del feto.

9.ª Pluripara, a termine. Feto di 2970 gr. in varietà piedi DA. Spontaneamente si rialza l'arto posteriore.

10.ª Ipara, a termine. Presentazione podalica completa in SIDA. Il feto di 3020 gr. senza causa apprezzabile solleva entrambi gli arti.

Dopo queste notizie sommarie è inutile aggiungere parola sulla causa probabile che ha dato luogo all'innalzamento e allo sbarramento

degli arti. Abbiamo veduto infatti accompagnarsi a quest'accidente 5 volte l'estrazione manuale, 1 volta l'anomala rotazione delle spalle, 1 volta il parto rapido. A ciò si aggiunga il parto a termine, lo sviluppo del feto (in 4 casi), la primiparità (4 casi), ecc. ecc.

Prima di passare alle anomalie relative all'espulsione della testa, conviene prender nota anche di un altro caso in cui si osservò l'incarceramento dell'estremità cefalica entro la cavità uterina dopo l'espulsione del tronco. Si tratta di una primipara con parto al 6.° mese di gravidanza, feto morto e macerato che si presenta in varietà natiche DP. Venute all'esterno le spalle, la bocca uterina si rinserra sul collo del feto (cingolo strozzante) e impedisce l'espulsione della testa.

Questa è l'unica osservazione che posseggo sul riguardo.

Sulle condizioni anormali relative all'estremità cefalica nel 5.° e 6.° tempo, ho raccolto due soli casi fra tutti quelli che dal 1883 vanno al 1895.

1.° Pluripara a termine. Feto di 2860 gr., in varietà mista DP. Estrazione manuale del feto lungo la quale si sbarra l'arto posteriore e la testa, che conserva la faccia nella concavità sacrale, si deflette notevolmente (testa estesa faccia posteriore).

2.° Ipara con parto di feto a termine di 3370 gr. Estrazione manuale con sbarramento dell'arto anteriore e con estensione della testa a faccia anteriore. La mandibola si fissa sopra l'arco pelvico anteriore.

Questo numero di casi sulla deflessione dell'estremo cefalico non è poi tanto scarso quanto a prima vista sembrerebbe; anche parecchi tra gli autori che si sono occupati di tale argomento non ne riportano un numero maggiore e il Porak (55), anzi, su 126 parti podalici, afferma di non averla riscontrata nemmeno una volta.

Aggiungiamo infine poche osservazioni sulle resistenze esagerate che ha incontrato la testa del feto nell'attraversare l'ultimo segmento della filiera pelvi-genitale. È da notare che a questo proposito si son raccolti i soli casi in cui la testa è stata estratta manualmente o strumentalmente e in cui l'estrazione è stata oltremodo difficile. Non vi sono compresi i feti idrocefali. Per non riportare singolarmente questi casi, parte dei quali verranno accennati negl'interventi ostetrici, dirò soltanto che essi sono 23, di cui 14 appartengono a Ipare, 9 a pluripare. Di questi 23 casi 18 si riferiscono a gravidanze a termine, 3 a 8

mesi, 1 a 7 mesi e 1 a 6 mesi. Il peso dei feti, avuto riguardo all'età della gravidanza, è stato di poco superiore alla media normale dei nati pel podice.

Per completare, col materiale raccolto, tutto ciò che si riferisce al parto podalico sotto il punto di vista delle anomalie, si dovrebbe accennare rapidamente ai giri di cordone attorno al collo del feto e a qualche particolare proprio dell'utero e degli annessi. In altro luogo ho esposto uno schema dei casi di circolari e quindi non credo utile ritornarvi sopra. Aggiungerò soltanto che i giri di cordone sono più frequenti nella varietà natiche e nelle pluripare e che in qualche caso in cui il funicolo ha perciò una brevità relativa piuttosto accentuata, il travaglio è più lungo e l'intervento si rende necessario per espletare il parto.

Delle osservazioni relative agli annessi, per seguire la linea di condotta antecedentemente tracciata, dovrei qui riportare soltanto quelle che rientrano nel campo delle anomalie. Riuscendo malagevole per l'esposizione successiva lo scindere in questo modo il materiale da me raccolto, mi permetto di aprire una larga parentesi e di riferire sugli annessi pochi risultati d'indole generale, appartengano o no al capitolo della distocia. Non credo con ciò di venir meno all'ordine sistematico del lavoro perchè qui, meglio che in qualunque altro sito, può trovare posto tutto quello che sarò per esporre.

Per l'esame dei particolari che riflettono gli annessi nel parto podalico mi son servito di 66 casi di cui si hanno le storie cliniche, escludendo sempre i feti macerati.

Rottura delle membrane. — Sopra i 66 casi in parola, 44 volte si ebbe la rottura spontanea delle membrane, che si notò quasi sempre a dilatazione completa; 22 volte le membrane si ruppero artificialmente per la loro eccessiva resistenza, non tenendo conto in questa cifra dei casi di parto prematuro provocato e della placenta previa. La resistenza abnorme delle membrane fu osservata in 7 Ipare e 15 pluripare e relativamente all'epoca della gravidanza 5 volte a termine:

17 volte in corso di gestazione	6	volte	all'8.°	mese
	3	»	al 7.°	»
	6	»	» 6.°	»
	2	»	» 4.°	»

In questi casi il feto si presentava:

Pel	podice	completo			9	volte
»	»	incompleto	varietà	natiche	7	»
»	»	»	»	piedi	2	»
»	»	»	»	mista	1	»
»	»	?			3	»
					N. 22	

Si ebbe occasione di constatare parecchie volte la rottura tardiva e la precoce. Sotto questo punto di vista mi riferisco a tutti i 349 casi, complessivamente. Della rottura tardiva posseggo 6 osservazioni: in 5 donne le membrane si lacerarono alla vulva dopo che il feto aveva ruotato e stava per disimpegnare il podice, in una la borsa si ruppe al di fuori della vulva lungo l'espulsione del tronco. Questi casi appartengono a 3 Ipare e 3 pluripare; 3 volte il parto era a termine, 2 volte a 7 mesi, 1 a 6 mesi e il feto si presentava 2 volte pel podice completo, 2 volte in varietà natiche e 2 in varietà piedi. Una donna appartenente al gruppo delle prime cinque presentava notevole polidramnios. Alla rottura precoce si riferiscono 13 casi, due dei quali tra i 66 sopra accennati. Ciò equivale al 3.7 0[0, frequenza, come vuole il Depaul (33), legata intimamente alla presentazione podalica. Di questi 13 casi, 7 si debbono a pluripare e 6 a primipare e la gravidanza a cui la rottura precoce appartiene è stata 8 volte a termine, 3 volte a 8 mesi e 2 a 6 mesi. Relativamente alla presentazione del feto in ciascuno di questi casi si ebbe:

Presentazione	podalica	completa			3	volte
»	»	incompleta	varietà	natiche	7	»
»	»	»	»	piedi	2	»
»	»	»	»	mista	1	»
					N. 13	

Sono state considerate come precoci tutte quelle rotture del sacco amniotico che si avverarono, *per lo meno,* un paio di giorni prima dell'espulsione del feto. In complesso adunque tanto le resistenze esagerate delle membrane, quanto la rottura tardiva di esse sono avvenute con maggior frequenza nei feti immaturi e nelle presentazioni dell'ovoide podalico completo. Ciò si avvera anche nella rottura precoce, ma in modo minimo.

Liquido amniotico. — Ne ho dato qualche accenno a proposito dell'etiologia, citando i casi di oligo e di polidramnios. Non avendo altro da aggiungere sulla quantità, mi resta da dire che per la qualità il liquido amniotico si mostrò tinto di meconio soltanto in 15 casi (sopra i 66) escludendo i feti macerati. Quattro soli di questi feti erano premorti al travaglio; gli altri nacquero vivi o asfittici.

Placenta. — Relativamente alla sede d'inserzione dissi altrove che in 341 casi fu normale e in 8 previa (6 volte centrale, 1 marginale e 1 laterale sinistra). Sulla placenta previa si riscontrino i particolari che ho riferito nel capitolo dell'etiologia. In quanto al distacco della placenta in genere, esso fu naturale in 346 casi (comprendendo in questa cifra tutti quelli agevolati dal massaggio e dall'espressione), fu artificiale 3 volte e quest'ultimi si riferiscono ad una pluripara di 7 mesi, ad una Ipara anch'essa di 7 mesi e ad una pluripara di 5. La nostra media sulla frequenza del secondamento artificiale è adunque di 1 : 116, rapporto quasi identico a quello stabilito pei parti in genere sul complesso delle cifre di Calderini (96), Lessona (97), ecc. Indipendentemente dalle placente previe, si ebbe un distacco precoce in 4 casi: delle 4 donne, 3, al momento del parto, erano al 7.° mese e 1 al 6.°. Da ciò si ricava la proporzione di 1 : 87, che non si può riferire al genere della presentazione di cui ci occupiamo perchè ho tenuto conto dei precoci distacchi avvenuti in gravidanza e non di quelli verificatisi lungo il travaglio. Di quest'ultimi dirò in seguito qualche parola. Tre volte si notò l'abnorme adesione della placenta all'utero, ed è appunto in questi 3 casi che s'intervenne per l'estrazione.

Sulla durata del secondamento, che ha tanto interesse nel parto podalico, posso riportare i dati di 56 osservazioni:

Secondamento	contemporaneo	all'espulsione	del	feto	.	.	.	.	4	volte
»	avvenuto	subito	dopo	l'espulsione	del	feto	.	.	2	»
»	»	»	»	2 minuti	dall'esp.	del	feto		1	»
»	»	»	»	5 »	»	»	»		8	»
»	»	»	»	7 »	»	»	»		1	»
»	»	»	»	8 »	»	»	»		2	»
»	»	»	»	10 »	»	»	»		20	»
»	»	»	»	12 »	»	»	»		1	»
»	»	»	»	15 »	»	»	»		10	»
»	»	»	»	20 »	»	»	»		4	»
»	»	»	»	30 »	»	»	»		2	»
»	»	»	»	35 »	»	»	»		1	»

Da un minimo di 2 minuti si va quindi ad un massimo di 35.

Con maggior frequenza la durata del secondamento è stata compresa fra i 10 e i 15 minuti; se facciamo la media di tutte queste cifre, escludendo i casi di secondamento contemporaneo alla espulsione del feto o immediato ad essa, si ha una durata media di 12 minuti. Non mi fermo sugli autori che ci offrono delle statistiche sulla durata del secondamento nei parti in genere; mi limito solo a far notare come la nostra media sia su per giù eguale a quella stabilita per tutte le presentazioni prese assieme. Volendo, si potrebbe considerare come più piccola, ma questa differenza non è tanto spiccata quanto dovrebbe essere, se pensiamo all'azione propria dell'utero, il quale negli ultimi momenti del travaglio si ritrae completamente sulla testa fetale che è rimasta sola nella cavità dopo l'espulsione del tronco. Se però la durata del secondamento non si allontana molto dalle condizioni ordinarie, vi sono dei casi in cui la placenta si è evidentemente scollata prima dell'espulsione totale del feto e ciò pel meccanismo che sarebbe inutile ripetere. Di tal genere sono i 6 casi riportati nel nostro specchietto e che rappresentano il distacco precoce propriamente detto della placenta avveratosi durante il travaglio. Il loro rapporto sarebbe quindi del 10. 7 0[0, vale a dire di 1 caso sopra 9, cifra spiegabile soltanto con le speciali condizioni del contenente e del contenuto nel parto podalico. Questi 6 casi meritano l'aggiunta di qualche altro particolare.

		N. delle gravid.	Epoca della gravidanza	Durata del travaglio	Peso del feto	Peso della placenta	Lunghezza del cordone e sua inserzione	Osservazioni
Contemporaneo al feto	1.°	Ipara	6.° mese	14 h. 25'	750 gr.	250 gr.	35 cm. inserz. marg.	—
	2.°	Ipara	6.° mese	21 h. 40'	700 »	230 »	42 » inserz. marg.	—
	3.°	XIIpara	a termine	?	2800 »	490 »	45 » inserz. eccent.	—
	4.°	Ipara	7.° mese	16 h. 15'	1900 »	465 »	40 » inserz. eccent.	Un giro di cord. al collo. Estr. manuale d. testa.

		N. delle gravid.	Epoca della gravidanza	Durata del travaglio	Peso del feto	Peso della placenta	Lunghezza del cordone e sua inserzione	Osservazioni
Prima dell'espulsione del feto	5.°	VIpara	8.° mese	14 h. 30'	2430 gr.	300 gr.	85 cm.	—
	6.°	Ipara	8.° mese	18 h. —	2450 »	570 »	40 » inserz. eccent.	Estraz. manuale. Forcipe su testa ultima.

In questi 6 casi è evidente il maggior numero di Ipare in rapporto alle pluripare, la maggior durata del travaglio, stando all'epoca della gravidanza in cui il parto è avvenuto e, se consideriamo il N. 4 e 6, la lunga permanenza della testa ultima nella cavità uterina, donde l'intervento manuale o strumentale. Eccetto il caso 5.°, tutti i cordoni sono inferiori ai 50 cm. di lunghezza; la brevità massima viene offerta dal N. 4 per il giro di funicolo attorno al collo del feto. Aggiungiamo la costante inserzione eccentrica o marginale del cordone. Tutti questi fatti spiegano benissimo il distacco della placenta lungo il travaglio e la sua espulsione contemporanea a quella del feto.

Relativamente ai casi in cui la durata del secondamento è superiore alla media vi è poco da dire. In genere si ha una minore durata del travaglio e spessissimo il polidramnios.

Non sarà inutile infine esporre i dati che si riferiscono al peso delle placente.

Ho raccolto il peso di	27	placente	di feti	a termine	
»	13	»	»	»	all'8.° mese
»	7	»	»	»	al 7.° »
»	11	»	»	»	» 6.° »
»	3	»	»	»	» 5.° »
»	5	»	»	»	» 4.° »
N.	66				

Placente dei feti a termine. — Le placente dei feti a termine si possono raggruppare in due serie, al di sotto e al di sopra di 500 gr., ciascuna delle quali si può dividere nel modo seguente:

Al di sotto di 500 gr. N. 10	dai 300 ai 400 gr.			N. 3	Al di sopra di 500 gr. N. 17	dai 500 ai 600 gr.			N. 7
	» 400 » 500 »			» 7		» 600 » 700 »		» 7
				N. 10		» 700 agli 800 »		» 3
								N. 17

Totale N. 27.

Ecco ora il rapporto tra il peso delle placente e quello dei feti:

Placenta	600 gr.	Feto	3350 gr.	Placenta	560 gr.	Feto	2800 gr.
»	800 »	»	3800 »	»	720 »	»	3490 »
»	620 »	»	3370 »	»	480 »	»	2860 »

Placenta	540 gr.	Feto	3180 gr.	Placenta	480 gr.	Feto	3250 gr.
»	660 »	»	3450 »	»	640 »	»	3640 »
»	510 »	»	2990 »	»	490 »	»	2800 »
»	360 »	»	2520 »	»	680 »	»	3450 »
»	450 »	»	2380 »	»	650 »	»	3190 »
»	780 »	»	3340 »	»	520 »	»	3020 »
»	510 »	»	3400 »	»	430 »	»	2830 »
»	520 »	»	3200 »	»	620 »	»	2800 »
»	350 »	»	2970 »	»	500 »	»	3290 »
»	650 »	»	3150 »	»	480 »	»	3510 »
»	390 »	»	2710 »				

Placente dei feti all'8.° mese:

Al di sotto di 500 gr. N. 6
- dai 300 ai 400 gr. N. 3
- » 400 » 500 » » 3

N. 6

Al di sopra di 500 gr. N. 7
- dai 500 ai 600 gr. N. 4
- » 600 » 700 » » 1
- » 700 a 820 » » 2

N. 7

Peso delle placente in rapporto al peso dei feti:

Placenta	780 gr.	Feto	2400 gr.	Placenta	500 gr.	Feto	2885 gr.
»	820 »	»	2270 »	»	450 »	»	2700 »
»	300 »	»	2430 »	»	320 »	»	2330 »
»	570 »	»	2450 »	»	530 »	»	2850 »
»	550 »	»	2590 »	»	405 »	»	2160 »
»	300 »	»	1930 »	»	550 »	»	2700 »
»	640 »	»	2770 »				

Placente dei feti al 7.° mese:

Dai 200 ai 300 gr. N. 1
» 300 » 400 » » 3
» 400 » 500 » » 3

N. 7

Placente dei feti al 6.° mese:

Dai 100 ai 200 gr. N. 2
» 200 » 300 » » 4
» 300 » 400 » » 3
» 400 » 580 » » 2

N. 11

7.° mese. Peso della placenta in rapporto al peso dei feti.

Placenta	465 gr.	Feto	1900 gr.	Placenta	390 gr.	Feto	1480 gr.
»	415 »	»	1480 »	»	380 »	»	1670 »
»	380 »	»	1550 »	»	260 »	»	1560 »
»	430 »	»	1820 »				

6.° mese. Peso della placenta in rapporto al peso dei feti.	Placenta	415 gr.	Feto	640 gr.	Placenta	345 gr.	Feto	800 gr.
	»	250 »	»	750 »	»	120 »	»	690 »
	»	230 »	»	700 »	»	270 »	»	835 »
	»	580 »	»	1090 »	»	200 »	»	820 »
	»	400 »	»	1350 »	»	250 »	»	950 »
	»	310 »	»	1030 »				

Placente dei feti al 5.° mese:

Dai 200 ai 300 gr. N. 3	Placenta	230 gr.	Feto	450 gr.
	»	265 »	»	380 »
	»	200 »	»	375 »

Placente dei feti al 4.° mese:

Dai 100 ai 200 gr. N. 3	Placenta	250 gr.	Feto	320 gr.
» 200 » 300 » » 2	»	110 »	»	95 »
N. 5	»	170 »	»	260 »
	»	225 »	»	310 »
	»	140 »	»	150 »

Uno sguardo complessivo a tutte queste cifre, escludendo pure i pesi delle placente dal 6.° mese in giù e che ho trascritto per esattezza di ricerca, ci dimostra come il numero delle placente con un peso maggiore del normale sia di gran lunga superiore a quello delle altre che raggiungono appena la media comune o non la raggiungono affatto. Ciò si riscontra principalmente nelle placente dei feti a termine e all'8.° mese. La media di questi pesi non sarebbe però maggiore dell'ordinaria, ammettendo come fanno tutti la cifra di 500-600 gr. per le placente a termine dei parti in genere: secondo noi si avrebbe infatti gr. 555 nelle gravidanze al 9.° mese, 517 all'8.°. Questo rapporto cambia notevolmente se si sottraggono dal calcolo i pochissimi casi in cui la placenta è al di sotto dei 400 gr. Qualunque sia la media, sta tuttavia il fatto che molte tra le placente espulse in seguito a parto podalico sono abbastanza voluminose: basterebbero fra tutte le tre a termine che oscillano dai 700 agli 800 gr. e le due a 8 mesi di 780 a 820 gr. ciascuna. Queste due ultime appartengono a dei feti regolarmente sviluppati. Confrontando i pesi della placenta e del feto vediamo come fra di loro esista una certa relazione, così da avere uno sviluppo massimo del feto corrispondentemente ad un volume massimo della placenta. Quest'osservazione, che emerge in gran parte dalla tabella delle

gravidanze a termine, non sarebbe d'accordo con quanto è stato detto da molti, e specialmente dal Macari (98), sulla mancanza di rapporto tra peso placentare e fetale; tale contraddizione però scomparisce se teniamo conto dei feti ottimestri.

La forma della placenta fu sempre discoidale: non si constatò nessuna di quelle anomalie che potrebbero essere interpretate come causa dell'avvenuta presentazione podalica [Pazzi (99)].

Per completare tutto ciò che si riferisce alla placenta, conviene dare un accenno all'inserzione del funicolo. Sopra i soliti 66 casi trovo segnata la sede dell'attacco 52 volte di cui 21 a termine, 6 all'8.° mese, 12 al 7.°, 8 al 6.°, 2 al 5.° e 3 al 4.°.

Complessivamente si ebbe:

22	volte	l'inserzione	centrale
22	»	»	eccentrica
7	»	»	marginale
1	»	»	velamentosa.

In altri termini non si è avuta l'inserzione centrale nel 57 0[0 dei casi.

Relativamente all'epoca in cui il parto avvenne, si potè riscontrare

Epoca della gravidanza	Inserzione centrale	Inserzione eccentrica	Inserzione marginale	Inserzione velamentosa
a termine	9	10	2	—
8.° mese	3	2	1	—
7.° »	7	5	—	—
6.° »	1	4	3	—
5.° »	1	—	—	1
4.° »	1	1	1	—
Totale . .	22	22	7	1

Questi sono adunque i risultati che si ricavano dal peso della placenta e dalla sede d'attacco del cordone. Sulla loro interpretazione e sul loro possibile rapporto con l'etiologia della presentazione podalica lascio ad altri l'intrattenersi.

Per la lunghezza del funicolo ombelicale mi riferisco a tutto ciò che ho detto in altro capitolo.

Rimangono da dire poche parole sull'inerzia dell'utero e sull'emor-

ragia della gravidanza, del travaglio e post-partum per chiudere il presente argomento. I casi d'inerzia uterina, non considerando quelli di semplice indebolimento o di sospensione temporanea delle contrazioni, che sono frequentissimi (fatto osservato anche dal Depaul) (33), ammontano a 17 sui 349 parti podal. La mancanza di compressione che la parte presentata esercita normalmente sul segmento inferiore donde il continuo eccitamento riflesso su tutta la muscolare dell'utero, spiega tale frequenza. Lungo il travaglio si ebbero 16 casi d'inerzia, 1 solo durante il secondamento. L'inerzia in travaglio si constatò in 7 Ipare e 9 pluripare; 11 volte a termine, 3 a 8 mesi, 1 a 7 e 1 a 6. In quanto al genere di presentazione si notò due volte nell'ovoide podalico completo, 10 volte nella varietà natiche e 4 nella mista. Il caso d'inerzia del secondamento si deve ad una Ipara con parto al 7.° mese. Nella varietà natiche quindi l'inerzia si riscontra con maggiore facilità.

Accanto a questi casi ne riporto altri 3 appartenenti allo spasmo dell'utero, osservati in 2 Ipare e 1 pluripara: il parto 1 volta fu a termine e 2 volte a 7 mesi. Si vedrà in seguito come questi stati speciali dell'utero possano influire sulla prognosi del feto.

Le emorragie della gravidanza avvennero nei casi già accennati di distacco precoce della placenta normalmente inserta; quelle del travaglio si dovettero alle placente previe. Le emorragie post-partum si videro in 7 donne, 3 delle quali Ipare e 4 pluripare. Il parto era avvenuto in questi casi 2 volte a termine, 3 all'8.° mese e 2 al 7.°.

Durata del travaglio. — Quasi tutti gli ostetrici si accordano nell'ammettere che il travaglio duri più a lungo nella presentazione podalica che nelle altre e specialmente in quella di vertice (Boivin (25), Lovati (100), Depaul (33), Tarnier (29), Charles (34), Cuzzi (12), ecc., ecc.). Per dare il nostro giudizio su quest'argomento, sempre in base al materiale raccolto, conviene stabilire sin da principio la media normale della durata del travaglio nelle presentazioni in genere. A tale riguardo non ci dilungheremo sulle statistiche riportate dai varii autori: esse conducono a risultati così disparati che la scelta imbarazza non poco. Generalmente vengono accettate le cifre del Veit (101), del Martin (102) del Runge (103) secondo i quali si avrebbe:

Veit (pel V.)	Ipare	20	ore	—	pluripare	12	ore
Martin (tutte le pres.)	»	20-24	»	—	»	8-12	»
Runge » » »	»	23-25	»	—	»	12-15	»

Tralascio le medie che vanno al di là di queste che ho riferito e quelle che stanno al di sotto (Piazza (104), Acconci (105). Il Cuzzi (12), basandosi sopra un certo numero di osservazioni fatte nella Clinica di Pavia, viene alle seguenti conclusioni: durata media del travaglio nei parti in genere ore 13: nelle primipare ore 15 1|2, nelle pluripare ore 10 1|2. Queste medie, come l'A. stesso fa notare, vennero anche accettate da Tibone e da Morisani (106). È logico che tra tutte le medie che si conoscono io debba valermi di quella del Cuzzi, dal momento che le cifre da me ricavate pel parto podalico appartengono a casi della stessa Clinica: il confronto che sarò per fare avrà per base quindi un materiale omogeneo.

Premesso ciò ecco per sommi capi i risultati a cui son venuto. Si potè conoscere la durata totale del travaglio in 318 casi e precisamente in 174 pluripare e 144 Ipare; di questi 318 casi, 195 appartengono a gravidanze a termine (102 pluripare e 93 Ipare). — Consideriamo per ora i soli parti a termine (195).

Per essi abbiamo trovato:

Primipare		Pluripare	
2 ore	2 volte	1 ora	1 volta
3 »	4 »	2 ore	1 »
4 »	3 »	3 »	6 volte
5 »	3 »	4 »	8 »
6 »	9 »	5 »	6 »
7 »	5 »	6 »	11 »
8 »	5 »	7 »	3 »
9 »	4 »	8 »	7 »
10 »	19 »	9 »	7 »
11 »	1 »	10 »	6 »
12 »	7 »	11 »	3 »
13 »	3 »	12 »	8 »
14 »	4 »	13 »	4 »
15 »	5 »	14 »	3 »
16 »	4 »	15 »	1 »
17 »	1 »	17 »	1 »
21 »	1 »	18 »	1 »
23 »	1 »	19 »	2 »
24 »	4 »	20 »	5 »
Riportasi	85	Riportasi	84

Riporto	85
30 ore	1 volte
38 »	1 »
43 »	2 »
48 »	2 »
56 »	1 »
120 »	1 »
N.	93

Riporto	84
21 ore	1 volte
24 »	2 »
26 »	2 »
28 »	2 »
29 »	4 »
32 »	2 »
43 »	1 »
44 »	1 »
60 »	2 »
72 »	1 »
N.	102

La durata media del travaglio, calcolando complessivamente le Ipare e le pluripare che partoriscono alla fine del 9.° mese, è di ore 13.4'; la durata media nelle Ipare è di ore 14.08, nelle pluripare di ore 12.8. Se paragoniamo queste cifre con quelle che abbiamo accettate come media dei parti in genere, constatiamo che la differenza fra i due termini di confronto è nulla: difatti per la media totale delle Ipare e pluripare, si ha 13^h 4' da un canto e 13^h dall'altro. Per ciò che si riferisce alle Ipare e pluripare prese separatamente, possiamo dire che la differenza si riduce ad un aumento nella durata del travaglio nelle multipare e ad una diminuzione nelle Ipare che partoriscono pel podice. Se contiamo il numero dei casi che stanno al disotto e al disopra della media stabilita pei parti in genere, abbiamo nelle Ipare 19 donne con un travaglio superiore alle 15 ore e 1|2 e 74 con un travaglio minore a questa media, nelle pluripare 58 donne che partoriscono in meno di 10 ore e 1|2 e 44 che v'impiegano un tempo più lungo. Tutto questo conferma quanto sia piccolissima la differenza che esiste fra la durata del travaglio nei parti in genere e quella nel parto podalico in ispecie. L'Inverardi (10) aveva già detto che la durata del travaglio è perfettamente eguale tanto nella presentazione di podice che in quella di vertice e aveva calcolato questa durata ad una media di 12 ore circa. Tale cifra, che fu accolta con una certa diffidenza, non è poi tanto lontana dalla nostra, nè da quella che è stata messa avanti per tutte le presentazioni. Se veniamo al Porak (55) l'identità delle medie è completa. Egli stabilisce 15 ore per le Ipare (13^h 1|4 pel periodo dilatante e 1^h e 3|4 per l'espulsivo) e 10^h e 1|2 per le mul-

tipare (10^h pel dilatante e $1\frac{1}{2}^h$ per l'espulsivo); a proposito del periodo espulsivo aggiunge però che sarebbe stato più lungo se 59 volte su 108, cioè 1 volta su 2, non si fosse intervenuti per terminare il parto. Oltre all'Inverardi e al Porak qualche altro autore, ad es. il Braun (18), ha concluso nello stesso senso.

Dall'esame dei singoli casi da cui ho tratto la media sopra riferita, si possono ricavare parecchi dati che appoggiano il nostro modo di vedere. Tutti i parti che decorrono normalmente si espletano in un tempo relativamente breve, così da far concludere che il parto podalico fisiologico non differisce per durata di travaglio da quelli che avvengono in altra presentazione. Potremmo anzi aggiungere che in moltissimi di questi casi in cui non si osserva alcun accidente, la durata del parto è minima: di tal genere sono tutte le osservazioni relative alle prime 34-40 donne della tabella. Fra queste una pluripara (VIIIpara) con un feto di 2429 gr., partorisce spontaneamente dopo un' ora dall'inizio delle contrazioni, malgrado la obliquità della parte presentata, la rottura precoce della borsa amniotica e la procidenza del cordone. Una primipara, con un feto di 2740 gr., si libera dopo un travaglio di 3 ore, quantunque le acque fossero colate 8 ore prima dell'insorgenza delle contrazioni; una Ipara, dopo 2 ore di travaglio, dà alla luce un feto di 3303 gr. con una testa assai voluminosa, ecc., ecc.

A questi casi si possono contrapporre quelli in cui la durata del parto è eccessiva e pei quali si trovano sempre delle cause che valgono a spiegarla. Cito a caso una IVpara con un travaglio di 44 ore, nella quale si riscontra una pelvi osteomalacica con cm. 7,2 di CV e un feto di 3219 gr., una IVpara con bacino totalmente e regolarmente ristretto di 1.° grado che partorisce dopo 60 ore di travaglio un feto di 2451 gr. e nella quale è però da notare un periodo espulsivo molto breve, una IIpara che dopo 60 ore si libera di un feto di 3897 grammi, mentre la sua pelvi è obliqua coxalgica, una XIpara con un travaglio di 72 ore perchè il feto non vuole assolutamente impegnarsi, una Ipara con pelvi piatta di 1.° grado e feto di 3502 gr., che rimane 56 ore in soprapparto, una Ipara che partorisce dopo 43 ore perchè il travaglio s'inizia dopo un giorno circa dalla rottura delle membrane, ecc., ecc. Si può adunque ritenere che la durata media complessiva del travaglio nelle presentazioni podaliche non è molto maggiore di quella stabilita per le presentazioni in genere, quantunque il Lovati (100) e il Cuzzi (12),

entrambi direttori della Clinica di Pavia, abbiano sostenuto il contrario. A questi risultati contribuirà certamente, oltre che la piccolezza del feto, la frequenza dell'intervento ostetrico indispensabile in un buon numero di casi e che accorcia di molto la durata del travaglio in confronto a quella che dovrebbe essere se il parto fosse lasciato in balìa delle sole forze della natura. Ad ogni modo però le nostre cifre si modificherebbero di poco e ciò non volendo parlare della modificazione che dovrebbe subire anche la media dei parti in genere, qualora si volesse tenere conto del numero degl'interventi propri di quelle altre presentazioni con un travaglio più laborioso della podalica.

Non ho che pochissimi dati sulla durata del periodo dilatante ed espulsivo e quindi mi risparmio dal riportarli. In genere si ritiene che il periodo dilatante sia più lungo che nelle altre presentazioni [Leihsmann (107), Etienne (20)]. Le sopraccennate cifre del Porak (55) darebbero 13 ore e 1[4 per le Ipare e 10^h per le multipare, medie realmente maggiori di quelle ammesse pei parti in genere (13 per le Ipare e 9 per le pluripare). Sebbene il genere della presentazione spieghi questo ritardo, non possiamo dire tuttavia che il periodo dilatante si protragga di molto: a tale proposito conviene ricordare che nei nostri casi la rottura delle membrane si notò quasi sempre a dilatazione completa e fu precoce soltanto nel 3.7 0[0. La durata del periodo espulsivo rientrerebbe nelle condizioni ordinarie.

Prima di finire non sarà superfluo dare uno sguardo alle cifre che si riferiscono alla durata del travaglio negli altri mesi della gravidanza.

8.° mese: 51 casi. . . . . { 25 pluripare / 26 Ipare

Primipare		Pluripare	
2 ore	1 volta	1 ora	1 volta
3 »	1 »	2 ore	1 »
4 »	3 »	4 »	2 »
5 »	2 »	5 »	3 »
6 »	2 »	6 »	3 »
7 »	1 »	7 »	1 »
9 »	2 »	8 »	5 »
Riportasi .	12	Riportasi .	16

Riporto	12
11 ore	1 volta
12 »	1 »
14 »	1 »
15 »	2 »
16 »	1 »
18 »	1 »
22 »	2 »
24 »	2 »
25 »	1 »
30 »	1 »
40 »	1 »
N.	26

Riporto	16
10 ore	1 volta
11 »	2 »
12 »	1 »
15 »	2 »
20 »	1 »
25 »	1 »
45 »	1 »
N.	25

Durata media compless. (Ip. e plurip. prese assieme) ore 11. 9'.
Durata media nelle Ipare ore 13. 5'.
Durata media nelle pluripare ore 10. 5'.

7.° mese: 41 casi . . . . . { 23 pluripare / 18 Ipare

Primipare

2 ore	1 volta
3 »	1 »
4 »	2 »
5 »	2 »
6 »	2 »
8 »	1 »
10 »	1 »
12 »	2 »
13 »	1 »
14 »	1 »
15 »	1 »
16 »	2 »
48 »	1 »
N.	18

Pluripare

3 ore	6 volte
4 »	2 »
5 »	1 »
6 »	2 »
7 »	1 »
8 »	2 »
11 »	2 »
12 »	1 »
14 »	1 »
15 »	1 »
21 »	1 »
24 »	1 »
31 »	1 »
33 »	1 »
N.	23

Durata media complessiva ore 10. 6'.
Durata media nelle Ipare ore 11. 5'.
Durata media nelle pluripare ore 10. 3'.

6.º mese: 21 casi . . . . . { 16 pluripare
5 Ipare

Primipare		Pluripare	
4 ore	1 volta	4 ore	1 volta
5 »	1 »	5 »	3 »
8 »	1 »	6 »	3 »
14 »	1 »	7 »	2 »
22 »	1 »	9 »	1 »
		10 »	1 »
		11 »	1 »
		12 »	1 »
		16 »	3 »
	N. 5		N. 16

Durata media complessiva ore 9. 2'.
Durata media nelle Ipare ore 10. 6'.
Durata media nelle pluripare ore 8. 8'.

Non riporto i 7 casi del 5.º mese e i 3 del 4.º.

Anche a proposito di queste cifre si possono fare le stesse considerazioni che nei parti a termine. A qualunque epoca della gravidanza, poi, le pluripare hanno un travaglio relativamente più lungo, mentre le Ipare molto più breve, il che non sarà certo privo d'interesse.

(Continua).

RASSEGNA

BURCKHARD. — **50 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus nach der Doyen-Landau'schen Methode** *(Cinquanta casi di estirpazione totale dell' utero dalla vagina col processo Doyen-Landau). — Archiv für Gynäk.,* 1897, Bd. 53, II Heft.

Le modificazioni apportate da Doyen nell'isterectomia vaginale alla Péan erano state attuate contemporaneamente da Landau. Si è perciò che l'A. chiama questo processo col nome di metodo Doyen-Landau. Riferisce egli intorno a 50 casi di tumori maligni dell' utero (48 carcinomi e 2 sarcomi) con esso operati. L' operazione era fatta precedere di alcuni giorni dal raschiamento dei tessuti mortificati della *portio* e della cavità uterina, seguito da cauterizzazione col cloruro di zinco od anche col Paquelin.

La mortalità immediata fu del 18 0[0. Si ebbe la recidiva in 18 ammalate. Se l'immunità da recidive per 3 anni deve ritenersi quale guarigione assoluta, questa si ebbe in circa il 18 0[0.

Viene rimproverata al metodo delle pinze, in confronto di quello delle suture, la non sicura emostasi. Orbene niuna delle morti fu imputabile a emorragia avvenuta o durante, o dopo l'operazione: in tutti i cinquanta casi si ottenne col metodo delle pinze la emostasi completa. Vengono imputati ad esso anche i dolori post-operatorii, specie al momento della rimozione dei klemmer. Non più dolori invece ebbero qui a soffrire le operate che non col metodo primitivo delle legature: essi, del resto, si calmano facilmente con piccole dosi di oppio. Riguardo alla breccia peritoneale, osserva l' A. che essa nemmeno in quest' ultimo metodo viene chiusa da alcuni operatori: e le aderenze dell'intestino colla ferita possono farsi anche quando questa viene suturata. Dei 50 casi operati, in sei si ebbe la fuoruscita dell'epiploon o dell'intestino, pel che bastò la semplice riposizione: in un solo caso si ebbe ileo. Fistole vescico-vaginali ed usure dell' intestino per diretta pressione della punta delle pinze non furono mai osservate. Si ebbe una volta fistola ureterale.

Un vantaggio considerevole del metodo delle pinze è la speditezza. Mentre col primo si devono incidere e legare gli annessi a poco a poco, colle pinze essi si afferrano e si trattano in una sola volta. La rapidità rende migliore la prognosi dell'atto operativo perchè meno a lungo il campo operativo rimane esposto ad infezioni, minore è la perdita di sangue, e minore è la durata della narcosi. Ciò,

come già faceva notare il Dührssen, ha specialmente importanza quando trattasi di soggetti anemici o cachettici.

Con questo metodo poi meglio si riesce ad evitare lesioni delle vicinanze e massime degli ureteri e della vescica. Infine con esso si possono anche operare casi in cui, per l'estensione della neoplasia ai parametrii e conseguente fissazione dell'utero, ciò non era possibile senza un pericolo grave; giacchè la graduale strettura dei legamenti colle pinze è ancora possibile quando colle legature non si riesce, ad utero fissato, ad agire abbastanza in alto. Anche qui si può evitare sicuramente ogni emorragia stringendo mano mano colle pinze quei punti che eventualmente non fossero stati stretti dalle pinze già applicate.

Non pare però all'A. del tutto fondata l'opinione che questo metodo dia maggior sicurezza contro le recidive. Teoricamente parrebbe che si dovesse avere colle pinze una necrosi da compressioni dei tessuti e quindi anche dei resti di tessuto neoplastico eventualmente rimasti compresi fra esse. L'osservazione non ha per anco dimostrato che questa razionale supposizione corrisponda alla realtà.

TRIDONDANI.

LEOPOLD. — **Zur vaginalen Totalextirpation des Uterus und der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben** *(Sulla estirpazione totale dell'utero e degli annessi attraverso la vagina per gravi infiammazioni croniche dei medesimi).* — *Archiv für Gynäkol.,* Band 52, III Heft, 1897.

A complemento di un suo lavoro di qualche anno fa, e per dimostrare che coll'uso del metodo delle legature si può, anche nelle gravi infiammazioni croniche, asportando utero ed annessi, ottenere completa guarigione, l'A. svolge alcune considerazioni su di una serie di 57 di tali casi, da lui operati di asportazione dell'utero e degli annessi per la via della vagina.

Egli trova che la totale estirpazione vaginale nelle gravi affezioni croniche degli annessi, purulenti e non purulenti, offrirebbe i seguenti vantaggi: 1.° La completa ablazione degli organi ammalati, senza che rimanga l'utero sede di infiammazione e causa di ulteriori sofferenze. — 2.° La breccia aperta si trova nel punto più basso e nascosto della cavità addominale e si presta perciò ad un buonissimo drenaggio. — 3.° Il campo operatorio può sempre essere reso facilmente accessibile anche in donne che non hanno partorito, ed anche quando le trombe e le ovaje avessero raggiunto la grossezza di una testa fetale. — 4.° Si evita la ferita addominale e la possibilità della formazione di ernie. — 5.° L'operazione non è mai così pericolosa come la laparotomia, perchè, durante la medesima, non si scorge nemmeno l'intestino. L'imbrattamento dell'intestino sovrastante con un po' di pus nella isterectomia vaginale è senza conseguenza, perchè pel saldamento

di esso all'ingresso del bacino si ha quasi una chiusura della cavità addominale, e perciò quasi un trattamento extraperitoneale.

Infine l'esperienza insegna che questa operazione è bene sopportata anche da ammalate deperite ed esauste, mentre l'apertura delle pareti addominali è, per esse, sempre molto grave.

Si deve, come ben si comprende, aver sommo riguardo nella apertura e nella evacuazione della sacca purulenta, onde non abbia a raccogliersi un po' di pus versato nei tessuti circostanti alla breccia aperta. Si consiglia perciò di fare solo una piccola apertura della sacca purulenta, di far sì che avvenga un lento deflusso del suo contenuto, e poi di lavare accuratamente. Infine si applica una doppia legatura alla parte superiore del legamento largo e si provvede a una sicura e completa emostasi anche delle pareti della vagina. TRIDONDANI.

H. SAFT. — **Beiträge zur Puerperalfieberfrage** *(Contributo allo studio della febbre puerperale). — Archiv für Gynäkol.,* Band 52, III Heft, pag. 577, 1897.

L'A. passa in rassegna le moderne questioni intorno alla asepsi e alla antisepsi nell'assistenza al parto, e venendo a trattare della profilassi e terapia della febbre puerperale, svolge alcune considerazioni in proposito su un abbondante materiale statistico raccolto nella Scuola ostetrica di Breslau.

Risulterebbe da esse una mortalità generale nelle puerpere del 0.22 0[0. Quella data da infezione raggiungerebbe il 0.11 0[0, e la morbilità generale il 25.3 0[0. Su 879 donne, furono esplorate 566: di esse ebbero una temperatura superiore a 38° il 25.2 0[0.

I casi febbrili gravi riguardano, in ben maggior parte, donne esplorate anzichè quelle che non furono esplorate: la frequenza però dei casi febbrili leggeri è quasi la stessa nelle due categorie. La percentuale dei casi, che richiesero un soggiorno nell'Istituto superiore a 20 giorni, è maggiore per parte delle esplorate che delle altre, tuttavia è minore di quella pei casi operati.

Questi e molti altri dati, che l'A. mette in rilievo, gli fanno ammettere ciò in cui concordano oggidì la massima parte degli autori, che cioè la vagina sana di gravide non esplorate, quand'anche non sia sterile, è da considerarsi come asettica, che contiene cioè solo dei microrganismi che possiedono nessuna, o ben tenue virulenza.

Perciò la profilassi della febbre puerperale deve consistere anzitutto nel sostituire, per quanto è possibile, l'esame esterno all'esame interno, praticare questo soltanto per precise indicazioni, limitare il più possibile le nostre manovre operative nel canal genitale, abbandonare più a lungo che si può il parto alle forze naturali, osservare una esatta antisepsi subbiettiva, fare l'antisepsi della parto-

riente soltanto per quanto concerne la pulizia dei genitali esterni, e tralasciare completamente la disinfezione dei genitali interni.

L'A. rivela infine il vero abuso che si fa oggidì da molti, nella febbre puerperale, di irrigazioni endouterine con mezzi antisettici; dice che se il medico rivolgesse piuttosto le sue cure alla dietetica e alla attività cardiaca della puerpera, guarirebbe un ben maggior numero di ammalate di febbre puerperale; giacchè esse correrebbero minor pericolo per la diffusione dei germi infettivi e per l'avvelenamento colle soluzioni antisettiche. Vale anche qui, come in tutta la medicina, il precetto: *Primum non nocere.* TRIDONDANI.

REINICKE. — **Die Sklerose der Uterinarterien und die Klimakterischen Blutungen** *(La sclerosi delle arterie uterine e le emorragie della menopausa).* — *Archiv für Gynäkol.*, Bd. 53, 1897, pag. 340.

È un fatto frequente che donne, che trovansi vicine alla menopausa, siano prese da forti menorragie, le quali possono assumere un significato maligno, e, durando a lungo, portare gravi danni allo stato generale. Queste emorragie risentono poco l'influenza di trattamenti curativi e per lo più cessano spontaneamente dopo la menopausa. Regna ancora molta oscurità sulle cause di queste emorragie, astrazion fatta, come ben si comprende, da quelle dipendenti da neoplasie dell'apparato genitale. Si suole per lo più ammettere una endometrite cronica: e spesso infatti essa è dimostrata dall'esame microscopico; altre volte invece non trovasi nella mucosa traccia alcuna di infiammazione. Allora si propende ad ammettere un'infiammazione cronica del parenchima uterino, specie quando l'organo è aumentato di volume. Questa però è da alcuni negata.

Secondo taluni, i vasi sanguigni sarebbero la sede primaria dell'affezione. L'A. potè esaminare macroscopicamente e microscopicamente 4 di tali uteri asportati coll'isterectomia vaginale. Constatò egli difatti, in tutti e quattro questi casi, alterazioni vasali, che sono da considerarsi come primitive, e secondaria invece la proliferazione connettivale per alterazione nutritizia, e pure secondarie, per la stessa ragione, le anomalie osservate nella fine struttura dell'endometrio. In niun caso trovossi una evidente ateromatosi con placche fibrose: mancava pure un diffuso ispessimento dell'intima, che attestasse un'origine infiammatoria. Non si può quindi nemmeno parlare di una endarterite.

Il reperto costante e caratteristico fu quello di un più o meno evidente ispessimento della tonaca media o muscolare, per lo più associato ad un ispessimento della avventizia. Qualche cosa di simile trovò Savill per parte delle arterie del cuore chiamando quest'alterazione col nome di ipermiotrofia arteriosa. Nei 4 casi presi in esame tali alterazioni erano probabilmente dovute all'imminenza della vecchiaia, e dovevano riguardarsi quale una manifestazione presenile. A queste

conseguono alterazioni nutritizie che nei casi esaminati si manifestarono con una riduzione del parenchima uterino e con un lieve assottigliamento della mucosa.

Importante è l'influenza di questa arteriosclerosi sullo scolo sanguigno mestruale. Che la menorragia sia da imputare all'alterazione vasale, lo indica l'assenza degli altri fattori noti di questo fenomeno morboso. Questa alterazione diminuisce notevolmente il tono della parete vasale, che fa esagerare e protrarsi a lungo l'iperemia mestrua. E mentre la perdita mestruale è moderata in casi normali da influenze vasomotorie, qui queste non agiscono perchè le arterie sono sclerotiche e ipermiotrofiche ed hanno perduta la loro contrattilità. Condizione favorevole poi a queste menorragie è il notevole afflusso di sangue ai genitali nel periodo mestruo.

La diagnosi della sclerosi vasale sulla vivente in rapporto colle menorragie della menopausa può per lo più porsi con molta probabilità, tenendo conto dei dati anamnestici, dell'età, della resistenza delle emorragie all'uso di ergotina ed alle altre cure, dell'assenza sicura di neoplasie dei genitali interni, della normale posizione dell'utero e della levigatezza della sua mucosa. Molto contribuisce alla diagnosi il constatare la sclerosi delle arterie periferiche del corpo.

La terapia (joduro di potassio, segale, corrente elettrica) riesce per lo più poco efficace perchè trattasi di un fatto senile. Quando la persistenza delle emorragie consigliasse un intervento operativo, sarebbe un errore il ricorrere al raschiamento, perchè, secondo quanto fu detto, la malattia non risiede nell'endometrio, ma nel mesometrio: esso tornerebbe anzi di danno. Raccomanda l'A. la dilatazione del canal cervicale e l'irrigazione endouterina con soluzione di percloruro di ferro, e nei casi affatto ribelli, l'*extrema ratio* dell'isterectomia, che qui difficilmente trova controindicazioni, ed offre solo una mortalità di 1-2 0[0; mentre la castrazione, a cui si potrebbe pensare per far cessare le congestioni mestruali, non è atto operativo men grave dell'isterectomia, e non dà sempre risultati sicuri.

TRIDONDANI.

SCHAEFFER. — **Ueber Blutergüsse in den Wirbelkanal bei Neugeborenen und deren Ursachen** *(Sugli stravasi sanguigni nel canal vertebrale dei neonati e loro cause).* — *Archiv für Gynäkol.*, 1897, Bd. 53, II Heft.

L'osservazione clinica ed anatomo-patologica di parecchi casi diede all'autore i seguenti risultati:

Si trovano effusioni sanguigne nel canal vertebrale dei neonati una volta su 10 autopsie, mentre notevoli stravasi cerebrali si trovano due volte su dieci. Quelli del canal vertebrale si ebbero consecutivamente a parti operativi in circa il 41 0[0 dei casi. Di essi si ebbe la morte nel 64 0[0 in causa di lesioni prodottesi nel parto. Morì il 29 0[0 per affezioni insorte dopo il parto (infezioni settiche, asfissia,

disturbi circolatorii). Il 35 0[0 fu di bambini non estratti, che morirono in causa del parto stesso, mentre la più parte (53 0[0) dei bambini estratti vivi morirono dopo il parto per le malattie suddette.

Le emorragie si ebbero, in ordine alla sede e all'eziologia:

a) 3 volte al midollo allungato (asfissia, parto artificiale, prematurità);

b) 2 volte alla porzione cervicale (estrazione colla manovra Mauriceau-Veit)

c) 3 volte nella porzione cervico-dorsale e dorsale (estrazione);

d) 2 volte nella porzione dorso-lombare (lesioni cerebrali avvenute nel parto, malattie insorte dopo il parto).

Il 41 0[0 furono partoriti in presentazione podalica: di essi 3[4 furono estratti alla Veit. Il 38 0[0 furono partoriti asfittici; di essi una metà in presentazione cefalica e l'altra in presentazione podalica.

Nell'asfissia e prematurità del feto può ogni forte azione meccanica (massime estrazione, manovra di Schultze, modo non cauto di sollevare e di afferrare) cagionare con facilità tali emorragie.

La prognosi è grave specialmente nelle emorragie del midollo allungato. La profilassi consiste nell'evitare la possibilità di infezioni e di asfissia (in ispecie cura conveniente del funicolo ombellicale e del cefaloematoma), e durante il parto nel sostituire opportunamente alla manovra Mauriceau-Veit quella Wiegand-Martin o il forcipe; finalmente anche nell'applicare il forcipe nelle presentazioni cefaliche colla più grande cautela. TRIDONDANI.

WILD. — **Untersuchungen über den Hämoglobingehalt und die Anzahl der rothen und weissen Blutkörperchen bei Schwangeren und Wöchnerinnen** *(Ricerche sul contenuto emoglobinico e sul numero dei globuli bianchi e rossi del sangue nelle gravide e nelle puerpere). — Archiv für Gynäkol.*, 1897, Bd. 53, II Heft.

Le modificazioni della crasi sanguigna nello stato puerperale furono e sono tuttora oggetto di lunghe indagini e di controversie nello stesso tempo. In molte osservazioni, che l'A. fece a questo proposito in gravidanza e in puerperio, trovò: in gravidanza un minimum di contenuto emoglobinico raggiungente il 71 0[0, e un massimo di 97 0[0: il numero minimo di globuli rossi per millimetro cubo sommante a 3,312,000, e un numero massimo di 5,792,000. Il più alto rapporto numerico fra globuli bianchi e globuli rossi fu di 1:416; il minimo invece, corrispondente quindi a quantità grande di leucociti, fu di 1:165. In puerperio il valore emoglobinico oscillò fra 68 e 95 0[0, il numero dei globuli rossi da 3,806,000 a 5,700,000 ed il rapporto tra leucociti e globuli rossi da 1:136 a 1:380.

Il valore emoglobinico medio per le donne non gravide, che l'A. avrebbe trovato essere di 89 0[0, si sarebbe dunque mantenuto nella maggior parte dei casi.

Trovò che nelle ultime settimane di gravidanza ha luogo un leggero aumento dell'emoglobina, un aumento proporzionatamente minore del numero dei globuli rossi e un notevole aumento dei leucociti in confronto di quelli.

Pel parto si ha una diminuzione dell'emoglobina come anche dei globuli rossi, ma in proporzione ben minore di questi ultimi. La diminuzione di quella e di questi è da considerarsi quale effetto della perdita fisiologica di sangue che accompagna il parto; e la relativamente lieve diminuzione di globuli rossi è dovuta a rapido rifacimento dei medesimi.

Il contenuto di emoglobina e di globuli rossi torna ad aumentare nel puerperio, mentre il numero dei globuli bianchi raggiunge dopo il parto la massima altezza per ridiscendere alquanto nel decorso del puerperio. TRIDONDANI.

GOTTSCHALK. — **Ueber die Castrationsatrophie der Gebärmutter** *(Sull'atrofia dell'utero da castrazione).* — *Archiv für Gynäkol.*, 1897, Bd. 53, II Heft., pag. 309.

Poche conoscenze si hanno intorno alle alterazioni anatomo-patologiche per le quali si determina questa specie di atrofia uterina e meno ancora per quale via essa sia determinata. Da Benkiser sarebbe stato constatato in uno di tali uteri caduta delle ciglia vibratili dell'epitelio ed una endarterite obliterante, che da lui è ritenuta causa dell'atrofia. Eckardt trovò assottigliato l'endometrio, riduzione delle sue ghiandole, atrofica la muscolatura, ma senza degenerazione grassa come nelle atrofie senili. Sokoloff invece avrebbe osservato, anche per ricerche sperimentali, niuna alterazione della mucosa, e solo un notevole grado di atrofia della muscolare.

L'A. in un utero da lui asportato dopo che da circa 2 anni aveva eseguito l'ablazione degli annessi, trovò che l'atrofia interessa più presto e maggiormente il corpo che il collo: trovò nella mucosa appiattimento dell'epitelio, scomparsa delle sue ciglia vibratili, sostanza intercellulare lassa e percorsa da numerosi capillari: aumentato il tessuto fibrillare e disposto ad anello il limite verso la muscolatura: ghiandole ridotte di numero, il cui epitelio pure è sprovvisto di ciglia, ed il cui lume è assai ridotto. Esse, per occlusione, formano qua e là delle cripte, e s'approfondano perfino in certi punti nella muscolatura.

La muscolatura invece è relativamente ben conservata. Ben conservata è anche la mucosa del collo, sicchè fa contrasto colla mucosa atrofica del corpo. V'è però al collo una riduzione notevole del tessuto muscolare. L'epitelio piatto della *portio vaginalis* non offre notevoli alterazioni.

Quanto ai vasi, su cui l'A. fissò la sua attenzione, non gli venne fatto di trovare nè la endarterite osservata da Benkiser, nè degenerazione jalina, nè atrofia della muscolare. Ciò che trovò di particolare, specialmente nelle grosse arterie, fu

un forte raggrinzamento dell'intima, corrispondente a una funzionale diminuzione del lume vasale, dovuta all'accentuazione del tono della parete.

Inoltre trattando dei pezzetti del tessuto col metodo di Marchi, trovò i rami nervosi disseminati di piccole gocciole adipose. Crede perciò che l'insufficiente vascolarizzazione e la degenerazione nervosa siano la causa della atrofia da castrazione. E conclude:

Perchè l'utero conservi il volume e la consistenza, che esso ha in condizioni del sistema genitale normali, è necessario uno stimolo periodico del suo apparato vasomotorio, quale si ha pel processo di ovulazione. Se viene a mancare l'ovulazione sia naturalmente, sia artificialmente, manca lo stimolo de' suoi vasomotori, e le pareti vasali mantengono un tono uniformemente elevato, di cui la conseguenza è un difficile riempimento vasale, che per parte sua determina l'atrofia di tutto l'organo.

Questa, secondo l'A., è la spiegazione più naturale e più semplice della atrofia da castrazione. TRIDONDANI.

M. PAZZI. — **La posizione del parto presso i diversi popoli prima e dopo l'era volgare.** — Bologna, 1897, Tip. Gamberini e Parmeggiani.

È questa pubblicazione una ricerca storica della posizione tenuta dalla femmina nell'atto di dare alla luce il prodotto del concepimento, estesa fra le diverse razze della umana specie.

Un quadro sinottico assai chiaro dimostra a colpo d'occhio la posizione *verticale, seduta, ginocchioni, coccoloni, carponi, semiorizzontale* ed *orizzontale,* usate dalle varie popolazioni a seconda delle divisioni del globo. DECIO.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Marzo 1898. Num. 3.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI
EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova
diretto dal Prof. Luigi Acconci

Contributo allo studio dell'endotelioma dell'ovaio

PEL
Dott. G. TROVATI

Dagli antichi patologi furono osservati e descritti sotto vari nomi certi tumori, che presentando carattere di malignità non avevano una struttura istologica tale, che permettesse di classificarli nettamente fra i sarcomi o fra i carcinomi.

Kolaczek (1) finalmente provò che questi tumori si originavano dalle pareti dei capillari e precisamente dagli endotelii o dai peritelii e li denominò *angiosarcomi,* indicando con tale denominazione la loro origine dai vasi e la loro natura sarcomatosa, poichè Kolaczek che considerava l'endotelio di origine connettivale, ascriveva dette neoformazioni ai sarcomi.

Poco dopo anche Golgi (2) si occupò di questi tumori, che denominò endoteliomi.

Le regioni del corpo in cui questa forma neoplastica si sviluppa a preferenza, sono il capo, la guancia, la parotide, la regione mascellare. Furono raramente osservate nell'utero e più raramente ancora nell'ovaio.

Siebold (3) pel primo descrisse una simile neoformazione nell'ovaio e la denominò *linfangioma cistomatoso.*

Altri casi vennero osservati ed a poco a poco, essendosi accresciuto il loro numero, la forma neoplastica potè avere un posto distinto fra le neoformazioni ovariche; e furono descritti e stabiliti i suoi caratteri anatomici ed il suo decorso clinico.

Sono neoformazioni che si sviluppano spesso in combinazione con altri tumori dell'ovaio (cistomi moltiloculari o dermoidi) vicini ad essi o come appendici delle loro pareti. Olshausen (4) li considera come una rarità dei tumori cistici dell' ovaio. Possono però svilupparsi isolati, interessare tutto il parenchima ovarico e non presentare alcun carattere cistico. In tali casi ad un esame grossolano è difficile distinguerli dai carcinomi o sarcomi solidi primitivi dell' ovaio. Si ha in massima la conservazione della forma dell'ovaio, con una superficie più o meno bernoccoluta. La grossezza del tumore oscilla da quella di un pugno a quella di una testa di adulto; la sua consistenza ora è dura, ora midollare e per lo più diversa in varii punti del tumore; si può al taglio ottenere una superficie d' aspetto e consistenza fibrosa come nei fibrosarcomi; molle, spugnosa, gelatinosa, come nei mixomi; midollare, come in alcuni carcinomi, secondo che ha prevalenza il tessuto connettivo o il tessuto cellulare, o a seconda che negli elementi costituendi si hanno in atto processi degenerativi, che di regola sono frequenti. In quest'ultimo caso, sia per stravasi parenchimali, come per dilatazioni abnormi degli spazi linfatici, possono formarsi delle raccolte cistiche che raggiungono perfino il volume di una testa di adulto. Detti tumori generalmente sono bilaterali. La caratteristica istologica del tumore consiste, in poche parole, nella presenza, in uno stroma connettivale, di cordoni di cellule epitelioidi, derivanti dalla proliferazione neoplastica degli endotelii dei vasi sanguigni o linfatici o delle fessure linfatiche, perciò, a seconda dei casi, di figura varia, e provvisti di un lume quando corrispondono a vasi di maggiore calibro; lume, in cui possono trovarsi corpuscoli del sangue o detriti di essi, quando si tratta di vasi sanguigni, corpuscoli linfatici quando si tratta di vasi linfatici.

A questo concetto sintetico possono essere ridotte le forme molto varie che vennero descritte.

La nota differenziale fra questo reperto e quello presentato dal carcinoma fibroso dell'ovaio, oltre la disposizione canalicolare del tessuto epiteliale è data dal fatto che mentre in quest' ultimo fra il gettone epiteliale, ed il connettivo esiste costantemente e dovunque una linea di confine netta, nella neoplasia in quistione si hanno dei veri punti di passaggio fra il tessuto connettivo e gli elementi d' aspetto epiteliale.

Gli endoteliomi ovarici sono tumori maligni, e come tali presentano tutte le relative manifestazioni cliniche. Furono osservati in tutte le età dall'infanzia alla vecchiaia e quasi sempre finirono con esito letale, malgrado l'intervento chirurgico. Però hanno un decorso piuttosto lento, ed è caratteristico di essi il diffondersi come i carcinomi rapidamente per le vie linfatiche, e come i sarcomi per le vie sanguigne, provocando numerose metastasi negli organi viscerali e sul peritoneo.

Prima che Leopold definisse questa forma neoplastica, molti casi furono descritti sotto altro nome, che con molta probabilità possono ascriversi agli endoteliomi ovarici.

Tale per esempio è il caso di Klebs (5), nel quale è descritta una forma di sarcoma dell'ovaio classificato fra i sarcomi fuso-cellulari. Si tratta di una neoplasia bilaterale, nella quale, come carattere eccezionale, l'osservatore rileva la presenza di cellule a forma d'epitelio, spesso con disposizione ghiandolare, qualche volta disseminate irregolarmente a gruppi in uno stroma di cellule connettive fusiformi. Anche Virchow (6) descrive una forma simile sotto il nome di sarcoma carcinomatoso. Anche qui si ha una disposizione alveoliforme.

Un altro caso vien riferito da Hertz (7). Si trattava di un tumore ovarico bilaterale di consistenza non omogenea, il quale microscopicamente si presentava costituito da tubi di cellule rotonde con uno o due nuclei e grandi cellule con più nuclei, alcune delle quali in via di degenerazione. Essi tubi cellulari erano disposti in uno stroma di cellule fusiformi allungate. Si avevano numerose metastasi alla pleura, al peritoneo, all'epiplon, all'intestino.

È logico pensare ancora che appartengano a questo gruppo molti casi, che vennero descritti come carcinomi fibrosi dell'ovaio, tanto più se si considera la descrizione che Klebs diede di questa forma di carcinoma. È, dice egli, una neoplasia bilaterale, di consistenza dura, difficilmente distinguibile all'esame macroscopico dal fibroma, soltanto differenziabile all'esame microscopico per la presenza, fra i fasci connettivali, di numerose piccole cellule irregolarmente distribuite, di tipo non chiaramente epiteliale.

Leopold descrive il primo caso di endotelioma ovarico in una ragazza di otto anni. Era un tumore della grandezza di una testa d'uomo, del peso di 10 libbre, a superficie bernoccoluta, ricoperto da sierosa

e costituito da un contesto reticolare, gremito di piccole cavità cistiche. Al microscopio si rilevava la presenza di tubi cellulari, decorrenti in uno stroma connettivale; i maggiori di essi erano forniti di un lume, in cui stavano raccolti detriti o cellule, i minori erano privi di lume.

Marchand (8) nel 1879 ne descrive altri due casi, in uno dei quali può provare con certezza lo sviluppo degli endotelii dalle fessure linfatiche.

Da Olshausen-Ackermann (9) all'autopsia di una fanciulla di 17 anni, viene osservato un tumore ovarico della grandezza d'una testa d'uomo, il quale tumore, all'esame microscopico, presenta le note istologiche descritte dal Leopold.

Haischlen (10), studiando un dermoide dell'ovaio, confinante con altre 5 cisti conglomerate, tra le piccole cisti e la grande, trova delle formazioni nodulari risultanti di cellule epiteliformi, il cui punto d'origine sono gli spazi linfatici connettivali.

Eckardt (11), raccoglie dalla letteratura i casi di endotelioma e ve ne aggiunge uno osservato da lui stesso.

È un tumore elittico, solido, formato da due gibbosità, l'una delle quali è costituita da un dermoide con capegli e denti, l'altra da un tessuto solido contenente spazii cistici. Dall'esame microscopico risulta composto di spazii alveolari a forma di clava e rotondeggianti, pieni di cellule e di uno stroma connettivale contenente spazii sanguigni e vasi capillari, nei quali si nota proliferazione degli endotelii. Per cui Eckardt, con questa precisa osservazione, viene a dimostrare che tale forma neoplastica, che Leopold, Marchand, Haischlen facevano derivare soltanto dalle fessure linfatiche, può originarsi anche dagli endotelii dei capillari sanguigni. Ed in tal modo rimane stabilita la distinzione dell'endotelioma in linfatico ed intravascolare.

Pomorski (12), nel 1890 osserva e descrive un nuovo caso. È un tumore cistico dell'ovaio destro, con superficie abbastanza liscia, mobile, con contenuto di consistenza poltigliosa, costituito in gran parte di grasso e capegli. Nella parte compatta del tumore, la quale circonda e racchiude il dermoide, l'autore riscontra la caratteristica nota istologica dell'endotelioma ovarico, cioè in uno stroma connettivale spazii alveolari pieni di cellule epiteliformi, polimorfe, cioè più o meno grandi, rotonde, claviformi, anche cilindriche, con protoplasma abbondante ed un nucleo chiaramente disegnato, in alcuni punti così fittamente addossate da non poterne rilevare i contorni.

L'autore a tutta prima giudica la neoplasia un carcinoma e nel Febbraio del 1889 la presenta come tale alla Società Ginecologica di Berlino. Coll'ulteriore studio corregge e modifica il suo giudizio e nell'anno seguente pubblica il caso come endotelioma.

Desiderius v. Velits (13), pubblica nello stesso anno un caso d'endotelioma, osservato in una donna di 24 anni. Si tratta di un grosso tumore la cui origine risale a nove anni. La tumefazione corrispondente all'ovaio sinistro, viene esportata colla laparotomia. Però per le estese aderenze col bacino e cogli organi vicini l'atto operativo assume una tale gravità che l'ammalata muore dopo poche ore. La parete del tumore in gran parte cistico presenta all'esame microscopico una massa di formazioni rotondeggianti e serpeggianti, formate di cellule epitelioidi, che in alcuni punti passano in sottili tubi endoteliali consistenti soltanto di alcune cellule endoteliali. Nell'interno di questi cordoni cellulari si trovano qua e là punti di degenerazione ialina.

Amann (14), nel 1894 pubblica 5 casi di endotelioma ovarico con minute indagini istologiche, indirizzate allo scopo di precisare il terreno matrice della neoplasia e stabilire così per questa specie di tumore una denominazione fondata sui processi istogenetici. Basandosi sui risultati delle sue diligenti indagini, comparati con quelli ottenuti dagli altri, l'autore propone per l'endotelioma ovarico la seguente classificazione:

Endotelioma ovarico { Peritelioma / Endotelioma (intra) vascolare } dai vasi sanguigni / Endotelioma linfatico

Sottoforma. Endotelioma perivascolare.

Nel peritelioma il neoplasma si sviluppa dall'avventizia dei vasi sanguigni (peritelio di Eberth).

Di questa forma ne furono osservati due casi dall'Amann stesso. Nel primo caso il reperto può essere brevemente riassunto nel modo seguente: filoni di cellule neoplastiche a nucleo molto grosso e con sottile orlo protoplasmatico, disposti a rete e diramazione dicotomica in uno stroma connettivale. Nel centro dei cordoni cellulari maggiori, s'incontra un lume tondeggiante contenente corpuscoli rossi e limitato da uno strato sottilissimo di cellule fusiformi. Nel secondo caso il reperto istologico è di una grande evidenza. Attorno all'intima intatta

esiste un mantello di cellule neoplastiche, dalla parte periferica del quale partono prolungamenti a raggio che si protendono nel tessuto circumambiente.

Nell'endotelioma (intra) vascolare, come esempio del quale Amann cita i casi di Olshausen-Ackermann (l. c.), due casi di Marchand (l. c.) e due suoi, come matrice neoplastica si ha l'endotelio dell'intima dei vasi sanguigni. Il reperto istologico di questa forma consiste in massima nello sviluppo di una massa neoplastica di cellule epitelioidi intorno ad una lacuna ripiena di corpuscoli rossi del sangue, rappresentante la cavità vasale, senza che sia possibile constatare alcuna vestigia dell'intima. In uno dei suoi casi l'Amann ebbe dei preparati, in cui la proliferazione dell'intima risultava colla massima evidenza; tutto il lume vasale era pieno di cellule neoplastiche.

All'ultima forma, cioè all'endotelioma linfatico, l'Amann ascrive tutti gli altri casi pubblicati, cioè: i casi di Leopold, Marchand, Haischlen, Pomorski, v. Velits ed uno dei suoi. In questi casi la matrice neoplastica sono gli endotelii dei vasi e delle fessure linfatiche. La struttura istologica caratteristica consiste nella presenza delle note cellule neoplastiche disposte a filoni od a rosario nelle fessure linfatiche o ad alveolo nell'interno dei vasi linfatici.

Dopo l'Amann il Pick (15) della Clinica del Landau, si occupò di questa forma neoplastica, della quale pubblicò due casi osservati l'uno in una donna di 24 anni, l'altro in una donna di 48 anni.

Il reperto istologico dei due casi concordava perfettamente. L'autore esaminando i diversi punti del tumore, osservò tre figure istologiche, che riferì minutamente e che è pregio dell'opera qui riassumere.

Nella prima figura egli osservò catene cellulari composte di due fino a venti grossi elementi epiteliformi, spesso pigiati fra loro, con nucleo granuloso, frequentemente provvisto di uno o due nucleoli, ordinate a rosario fra le strette fessure connettivali e disposte parallelamente al decorso dei fasci connettivali di cui seguivano le flessuosità.

Nella seconda figura si ha, dice l'autore, l'apparente quadro di un adenoma o di un carcinoma. Circondati da uno stroma connettivale fibrillare povero di nuclei, si trovano sottili otricoli o tubi cellulari, costituiti da elementi epiteliali; sono provvisti di un lume o ne sono privi, essendo così ridotti a semplici cordoni epiteliali. Questi tubi cellulari presentano per lo più una sezione tondeggiante, ma per le pro-

liferazioni laterali nel connettivo, per il loro decorso flessuoso o la dilatazione del loro lume, si ottengono figure varie che si staccano più o meno dalla norma. Nella terza figura si ha la massima prevalenza degli elementi cellulari posti perciò in iscarso connettivo. Secondo l'autore questo quadro rappresenta lo stadio più avanzato della neoformazione cioè un'eccessiva proliferazione cellulare nel connettivo.

Dopo il lavoro di Pick devono ancora essere citate le pubblicazioni di A. Sänger (16) e di Krukenberg (17).

Sänger pubblica un caso di sarcoma ovarico caratterizzato istologicamente dalla presenza di cordoni cellulari flessuosi in uno stroma connettivale. In alcuni punti della sezione istologica le figure tondeggianti, date dai cordoni cellulari tagliati di traverso, presentavano come un lume centrale; per cui davano l'apparenza di un alveolo. L'autore crede ciò dipendente da accidentalità del taglio attraverso un gomito di flessione del cordone cellulare. Davanti a questa facilità d'illudersi nell'interpretazione del reperto istologico egli mette in dubbio le interpretazioni dei reperti degli osservatori che lo hanno preceduto. Egli considera la neoformazione d'indole connettivale, e l'ordinamento cellulare, che ha l'impronta di una diramazione vasale, lo spiega colla diffusione degli elementi maligni tra le fessure del connettivo.

Nel 1896 Krukenberg sotto la denominazione di *fibrosarcoma mucocellulare carcinomatoso* ovarico, pubblicò 5 casi di tumori ovarici, la cui particolarità istologica consisteva nella presenza di cellule epiteliformi, più o meno grandi e rigonfie per degenerazione mucosa, in tessuto ora fibroso ora mixomatoso, nell'intimo rapporto di queste cellule colla stroma e nella diffusione della massa neoplastica alle vie linfatiche della tuba.

Il Krukenberg dichiara che questi tumori a primo colpo d'occhio potrebbero essere ascritti fra i carcinomi fibrosi, mentre essi sono di origine puramente connettivale.

Le tumefazioni da lui descritte rappresentano una forma assolutamente caratteristica dei tumori ovarici solidi. L'autore enumerando i caratteri clinici ed anatomici di questa forma, ripete il quadro, che noi abbiamo sopra esposto per l'endotelioma, col quale egli crede abbiano molta parentela i casi da lui descritti, quantunque neghi assolutamente come matrice della neoformazione gli endotelii sia dei linfatici che dei vasi sanguigni.

Non sarà qui fuor di luogo accennare alla forma infiammatoria che Perls (18) descrive sotto il nome di *Lymphangoitis carcinomatodes*, la quale, secondo l'autore, rappresenta la forma di passaggio fra i processi infiammatori ed i neoplasmi. Questa forma venne osservata in certi processi infiammatorii cronici, specialmente della pleura e del peritoneo, nei quali la proliferazione infiammatoria del tessuto connettivo si combinava con una viva proliferazione degli endotelii linfatici, originando così delle figure molto simili al carcinoma.

Lesser e Benecke (19) esprimono così questa forma: «... la parete degli spazii privi di membrana propria ed esistenti nel tessuto cutaneo, consiste di cellule piatte e stipate, con un grosso nucleo lentiforme, e con uno stretto orlo protoplasmatico.»

Citerò ancora i lavori di Baumgarten (20), di Baginsky (21), Loesch (22) i quali tutti vengono a dimostrare che processi certamente solo infiammatorii possono originare una proliferazione endoteliale, che considerata per sè stessa non è distinguibile da una neoformazione.

A questa forma appartiene certamente il caso descritto da Schwenninger (23), di una neoformazione svoltasi sotto forma di una sottilissima bianca rete nel rivestimento peritoneale dei visceri addominali, ed in parte anche nella pleura, di una donna di 64 anni. Neoformazione che l'esame microscopico dimostrò risultare dalla rete dei linfatici, in parte ispessiti per proliferazione delle loro pareti, in parte varicosi. L'autore denominò questa forma anatomica, carcinoma linfatico o linfagite prolifera, facendo così risultare che, a suo credere, l'affezione stava ai confini fra il neoplasma e l'iperplasia infiammatoria.

Anche Neelson (24) raccolse e pubblicò casi di questa specie.

Il caso di endotelioma linfatico, che io ebbi l'opportunità di osservare e di cui esporrò qui la storia e l'indagine istologica, occorse nella Sala Ginecologica della Maternità di Genova dove da varii anni io sono assistente. L'egregio primario dott. Michelini, gentilmente mi concesse di farne oggetto di studio, ed a lui rendo perciò sentite grazie.

Storia clinica. — R. B., di 28 anni, contadina, nubile, il 1.° Febbraio 1897, viene ricoverata nella Sala Ginecologica.

Nessun dato degno di nota nell'anamnesi remota. Ebbe la prima mestruazione a 16 anni: le mestruazioni successive molto scarse, furono ripetutamente interrotte da periodi amenorroici di 2, 3 mesi di durata.

La paziente non ebbe mai contatti sessuali. Da 6 o 7 mesi è sofferente per disturbi generali, a cui seguì un notevole dimagramento. Essendosi accorta della presenza di un tumore nell'addome ricoverò nell'Istituto Ginecologico.

Stato attuale. — Fanciulla di regolare sviluppo, dimagrata, d'aspetto cacchetico, sofferente. Addome protundente per una tumefazione facilmente apprezzabile alla palpazione esterna, occupante i quadranti inferiori dell'addome ed a preferenza il quadrante di sinistra, col suo limite superiore alla cicatrice ombellicale, di consistenza duro-elastica marcatamente fluttuante.

Al riscontro vaginale, utero piccolo, fisso in retroflessione, posto a destra della tumefazione, che trovasi fissata nel bacino per aderenze colla piccola pelvi. Diagnosi: *Cistoma dell'ovaio sinistro.*

Il 24 Febbraio si procede all'atto operativo. Aperta la cavità addominale, si presenta la parete del tumore levigata e lucente. Colla puntura si estrae un litro e più di liquido citrino trasparente, che non è stato esaminato al microscopio. Cercando di estrarre la cisti al davanti dell'apertura addominale, si nota che le sue pareti sono molto spesse e che nella sua porzione più alta lo spessore è tale da formare un vero parenchima neoplastico, che ha tutta l'apparenza di una neoformazione fibromatosa. Viene esportata a frammenti quella parte di tumore che è possibile asportare, date le numerose e fitte aderenze, che legano la massa neoplastica alla piccola pelvi ed agli organi che vi sono contenuti.

Viene così formato un largo peduncolo, che si sutura all'angolo inferiore della ferita addominale. Dopo due giorni la paziente muore per peritonite.

Unendo ai fatti rilevati all'atto operativo il reperto dell'autopsia riesce di completare la descrizione della neoplasia.

Processo neoplastico svoltosi a prevalenza nell'ovaio sinistro, trasformato in una tumefazione della grandezza di una testa d'uomo, costituita da un parenchima d'aspetto macroscopico marcatamente fibromatoso; e da due cavità cistiche, una maggiore nel segmento inferiore destro del tumore ed una minore nel segmento superiore sinistro; cavità cistiche a superficie interna irregolare detritica, a contenuto sieroso citrino, le cui pareti anteriori misurano circa mezzo centimetro di spessore mentre nella parte più alta del tumore divengono molto spesse. In questo punto sembra che esistano alcuni noduli neoplastici fibromatosi conglomerati.

La massa del tumore non è perfettamente sferica, in essa si possono distinguere tre lobi. Uno superiore destro corrispondente alla parte più alta della massima cavità cistica, laddove si ha lo spessore maggiore del parenchima e l'aspetto di noduli conglomerati; un lobo

superiore sinistro corrispondente alla minore cavità cistica, e finalmente un lobo anteriore, formato da un rilievo di tessuto neoplastico foggiato a grosso cordone decorrente in senso obbliquo, al cui estremo esterno son rilevabili alcune piccole escrescenze disposte a rosetta intorno ad un orifizio. Questo cordone è costituito dalla tuba neoplastica-conglomerata, per il processo, colla neoformazione ovarica, essendo completamente scomparsa, per l'invasione della neoplasia, la mesosalpinge; le escrescenze a rosetta corrispondono alle fimbrie tubariche. L'intera massa neoplastica è fittamente fissata nel piccolo bacino.

L'ovaio di destra è pure neoplastico, della grossezza di un pugno d'adulto.

La tuba di destra è sana.

Dal protocollo della autopsia non risulta che siasi indagato se esistessero metastasi negli altri organi viscerali.

Esame microscopico. — L'indagine microscopica venne praticata in vari punti della massa neoplastica esportata all'operazione, — cioè in corrispondenza del lobo superiore destro della tumefazione, in corrispondenza delle pareti delle due cavità cistiche, e finalmente in corrispondenza della tuba sinistra invasa dalla neoformazione. La fissazione e l'indurimento dei pezzi anatomici venne fatta coll'alcool assoluto, la inclusione colla celloidina e la colorazione dei nuclei coll'ematoxilina d'Erlich e colla safranina; del protoplasma, coll'eosina e coll'acido picrico. I quadri che risultarono da questa indagine microscopica furono vari; essi possono essere ridotti a questo concetto sintetico: presenza di cellule epitelioidi polimorfe, nei vasi linfatici e nelle fessure linfatiche di uno stroma connettivale.

Esponiamo successivamente le diverse figure microscopiche ottenute:

1.° (Sezioni corrispondenti alla parte periferica del lobo superiore destro del tumore dove il parenchima neoplastico ha maggior spessore).

La parte più esterna della sezione è costituita da fasci di un connettivo fibroso, i quali decorrono parallelamente alla superficie del tumore: fra i singoli fasci esistono delle lacune linfatiche provviste del proprio endotelio. In alcuni punti del tessuto si hanno focolai d'infiltrazione parvicellulare ed in alcune di dette lacune linfatiche cellule di aspetto epiteliale, simile a quelle che verranno ora descritte. Al disotto di questo strato periferico si ha uno stroma connettivale fibroso con pochi nuclei; il quale per divisioni dicotomiche dei propri fasci forma numerose lacune ben definite, in massima di una forma tondeggiante, qualche volta serpeggianti a guisa di un canalicolo tagliato

di sbieco, figure che danno l'impressione di una sessione microscopica attraverso un sistema di canalicoli. Nell'interno di questi spazii s'incontrano degli accumuli di cellule di aspetto manifestamente epiteliale, accostate le une alle altre senza alcuna sostanza intercellulare, i cui confini in certi punti sono evidentissimi, fornendo l'impressione di un epitelio poligonale. Il nucleo di queste cellule è molto grosso, ha contorni netti, uno o più nucleoli e numerose figure cariocinetiche. Il protoplasma è granuloso, tanto fragile che per le manovre della preparazione in molti punti è sciupato e quasi scomparso, lasciando attorno al nucleo uno stretto ed irregolare margine protoplasmatico. Nella fig. 1 ricavata dal preparato mercè la camera chiara, ho cercato di rappresentare questa prima figura microscopica e nella fig. 3 la forma delle cellule epitelioidi.

Sebbene, come si vede nella figura, tra la parete dei singoli spazii ed i zaffi cellulari esista quasi sempre uno spazio vuoto, in alcuni punti riesce tuttavia di constatare che le cellule esterne del gruppo epiteliale sono in immediato rapporto colla parete dello spazio, la quale in nessun punto presenta un endotelio nè un epitelio di rivestimento.

2.° Sezioni corrispondenti alle pareti cistiche:

Il tessuto preponderante è il tessuto connettivo. Esistono larghi fasci di tessuto connettivo fibroso a fibre parallele, i quali decorrono parallelamente fra loro; divaricando nel loro decorso essi formano delle lacune a fessura, nell'interno delle quali si notano le cellule epitelioidi. Sono cellule di aspetto marcatamente epiteliale, di forma varia, allineate spesso, lungo la parete della lacuna, qualche volta in uno solo strato, qualche volta in più strati od accumulate senz'ordine (fig. 2 e 4); hanno nucleo molto colorato, ben definito, nucleoli con figure di mitosi; protoplasma granuloso (fig. 5), orlo protoplasmatico un po' più largo che nelle cellule già descritte. In alcuni punti i grossi fasci connettivali divaricando maggiormente, lasciano fra loro degli spazii molto maggiori di quelli già descritti. Questi vasti spazii interstiziali vengono intersecati da sottili fibre connettivali, che partono dai fasci principali, decorrono intrecciandosi e formano così una serie di areole, nell'interno di ciascuna delle quali stanno adagiate uno o più cellule epitelioidi (vedi fig. 6). Queste fibrille connettivali in certi punti si riducono sottilissime e finalmente, e questo in ispecie verso la superficie della parete, che corrisponde alla cavità della cisti, scompariscono

e si hanno accumuli di cellule epitelioidi senza sostanza intercellulare. Qui si hanno cellule polimorfe con nucleo a contorni meno distinti e meno colorato, in alcuni punti refrattario alle colorazioni. Il protoplasma è rigonfio, granuloso, la cellula assume in certi punti un aspetto di vescica (vedi fig. 7). Molte sono le varietà che s' incontrano sia per la forma che per la grandezza e per l'aspetto del protoplasma.

3.° Come si è detto il lobo anteriore della tumefazione è costituito dalla tuba neoplastica. Le sezioni microscopiche vengono condotte perpendicolarmente al decorso di questo cordone, cioè perpendicolarmente al decorso della tuba. Esse incontrano il lume tubarico perpendicolarmente nella sua parte media.

Il fatto che pel primo colpisce, allo esame microscopico, si è un rilevante ispessimento della mucosa tubarica. Le pieghe tubariche si presentano rigonfiate, con contorni più tondeggianti, spinte l' una a contatto dell'altra. I solchi fra le pieghe sono diminuiti di profondità, l'epitelio cilindrico di rivestimento è senza ciglia vibratili ed accorciato tanto più quanto più avanzata è l' alterazione nel tessuto della piega. Si vede chiaramente che esso epitelio ha subìto una modificazione del tutto passiva risultante dalla pressione e dalla distensione. La trasformazione patologica del tessuto della mucosa si osserva in diversi gradi. In un primo grado si ha un leggero abbassamento dell'epitelio cilindrico di rivestimento, un leggero grado d' infiltrazione di elementi embrionali e la presenza di cellule epitelioidi in alcuni vasi linfatici provvisti del loro endotelio (vedi fig. 8). La disposizione delle cellule epiteliformi nell' interno dei vasi è fatta, come si può manifestamente rilevare in alcuni punti, secondo un certo ordine, cioè esse sono disposte circolarmente all'asse del vaso, formano quindi un anello il cui centro è occupato da una o più cellule.

In un secondo grado è notevole una più spiccata turgescenza nella massa della piega, una più profonda modificazione dell' epitelio di rivestimento. Nel connettivo della piega, ridotto a scarsa quantità, esistono numerose lacune di una forma irregolare, occupate da masse di cellule epitelioidi.

Queste lacune hanno pareti nettamente disegnate, prive di rivestimento endoteliale (fig. 9). In mezzo a queste figure irregolari si notano qua e là delle figure a forma di cerchio perfetto, i cui limiti sono disegnati nettamente nel tessuto connettivo da un contorno lineare

che ne forma le pareti, provviste di elementi endoteliali normali. Nell'interno di questi spazii circolari, null'altro che sezioni trasverse di vasi linfatici, esistono accumuli di cellule epitelioidi disposte nell'ordine che abbiamo sopra descritto.

In un quadro più avanzato le lacune aumentano per ampiezza e per numero a spese del tessuto connettivo, cosicchè in certi punti si possono osservare le cellule epiteliformi, che circondano completamente le figure circolari descritte, non rimanendo di connettivo che la loro sottilissima parete, ed alcuni sottili ed atrofici tramezzi.

L'epitelio di rivestimento della piega è in questo stadio trasformato in un epitelio quasi piatto (vedi fig. 10).

Degli strati muscolari della tuba s'incontrano ancora traccie evidenti malgrado l'avanzata infiltrazione neoplastica. Il meno interessato è lo strato muscolare circolare. Qui si vedono ancora nettamente le fibre muscolari, i cui fasci, divaricando fra loro, formano le lacune linfatiche, sulle cui pareti si osservano le cellule endoteliali di rivestimento, alcune delle quali più grandi del normale. Alcune di queste lacune contengono le cellule epitelioidi descritte, le quali si presentano ordinate a catene di uno o più ordini di elementi intimamente fra loro connessi (fig. 11) o disposte ad accumuli.

L'ulteriore proliferazione di questi elementi cellulari produce un ampliamento di queste lacune, che in alcuni punti si presentano di rilevabile dimensione. Laddove il processo si ripete a brevi distanze il connettivo va scomparendo a 'spese del tessuto cellulare (fig. 12) e ne risulta infine un contesto areolare di sottili tramezzi connettivali, nelle cui maglie si trovano gli elementi epiteliformi descritti.

La forma di esse lacune è allungata sempre nello stesso senso, nella sezione longitudinale, tondeggiante nella sezione trasversa.

Spesso nel preparato occorre di vedere sezioni di vasi linfatici.

Essi si presentano costantemente pieni di cellule epitelioidi conservando normale il loro endotelio di rivestimento.

I vasi sanguigni non prendono alcuna parte al processo. Si vedono qua e là integri in tutte le loro tonache circondati dalle lacune e dai vasi linfatici pieni di cellule neoplastiche (fig. 13).

Considerando ora il risultato di questo esame istologico, si deve conchiudere alla diagnosi di endotelioma. Primieramente perchè la presenza degli accumuli epiteliformi in uno stroma connettivale esprime,

come venne già detto, la sintesi di una tale neoformazione; in secondo luogo poi perchè le figure microscopiche, incontrate e descritte, sono senz'altro dimostrative della proliferazione neoformativa degli endotelii dei linfatici.

Non sarà ad ogni modo soverchio dire quali altre ragioni inducono ad escludere che qui si tratti di una neoformazione carcinomatosa.

In primo luogo mancano dati per dimostrare dal lato istogenetico, a cui oggigiorno si dà tanto valore, la natura carcinomatosa, poichè nell'ovaio non riesce in alcun modo di stabilire un rapporto qualsiasi fra le normali formazioni epiteliali e gli elementi neoplastici; nella tuba poi gli elementi epiteliali residui subiscono esclusivamente la passività di una compressione. In secondo luogo mancano le vere caratteristiche del gettone epiteliale carcinomatoso, sia per la forma dei suoi elementi e la disposizione degli stessi, sia per la mancanza nel tessuto ambiente della zona di infiltrazione parvicellulare, caratteristica sul confine dei gettoni carcinomatosi.

Anche le varie fasi di sviluppo del tumore nella loro evoluzione contradicono alla possibilità del carcinoma fibroso. Infatti, ripensando alle figure istologiche descritte, si ricostruisce la storia evolutiva della neoformazione nella seguente maniera: neoplasia in principio connettivale a prevalenza, dai cui elementi endoteliali si sviluppa una proliferazione di elementi epitelioidi, che crescendo a spese del connettivo preesistente prendono in ultimo la prevalenza su quest'ultimo; quindi una prima fase connettivale ed un'ultima epiteliale, fatto che è assolutamente in disaccordo col carcinoma fibroso dove il connettivo rappresenta uno stadio secondario.

La diagnosi stabilita nel caso in discorso si è quindi di « Endotelioma linfatico primitivo dell'ovaio, secondario della tuba. »

Dopo quello che viene più sopra esposto non credo necessario dover giustificare la denominazione specifica di linfatico, poichè mi pare che essa emerga chiaramente dalla descrizione del reperto istologico.

La ragione per cui è dichiarato il neoplasma primitivo dell'ovaio e secondario della tuba si è perchè nel tessuto tubarico si trovarono i segni manifesti di un trasporto metastatico, per la via dei linfatici, dell'elemento cellulare neoplastico, vale a dire i canalicoli linfatici provvisti del loro endotelio pieni di cellule epitelioidi.

Con ciò io credo possa dirsi completamente giustificata la diagnosi anatomica sopra esposta.

Porgo sentite grazie all'egregio prof. Acconci, che mi diede aiuto e consiglio in questo mio studio.

---

(1) Kolaczek. « Ueber Angio Sarcoma. » *Zeitsch. f. Chirurgie*, 13,

(2) Golgi. « Sulla struttura e sullo sviluppo degli Psammomi. » Pavia, 1869.

(3) Leopold. « Die soliden Eierstocksgeschrvulste. » *Arch. f. Gyn.*, vol. 6.

(4) Trattato di Billroth e Lucke, 1886, pag. 337.

(5) Klebs. « Handbuch d. pathol. Anatomie. » Berlin, 1876, pag. 821-23.

(6) *Virchow-Onkologie*, II, pag. 370.

(7) Hertz. « Ein Fall von Sarkom beider Ovarien mit secündären knoten aùf der Pleura und dem Peritoneum. » *Vireh. Arch.*, vol. 36, pag. 97.

(8) Marchand. « Beiträge zür Kenntniss. der Ovarialtumoren. » *Abhandlungen der Naturforschergesellschaft*, Halle, 1879, vol. 14-3.

(9) Olshausen-Ackermann. « Krankh. der Ovarien, » 21. Auflag, pag. 78.

(10) Haischlen. « Conbinationscyste des Ovariums. » *Z. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 7.

(11) Eckardt. « Ueber endotheliale Eierstockstumoren. » *Z. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 16, fasc. 2.

(12) Pomorski. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 8, fasc. 1, 1890.

(13) Desiderius v. Velits. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. 8, fasc. 1, 1890.

(14) A. Amann. « Ueber Ovarialsarcome. » *Archiv für Gyn.*, vol. 46, 1894, pag. 480.

(15) L. Pick. « Die von den Endothelien ausgehenden Geslhwülste des Eierstocks. » *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1894, 45-46, pag. 1017.

(16) A. Saenger. « Ueber einen Fall von Sarcoma Ovarii. » *Arch. f. Gyn.*, Band. 51, 1896.

(17) Dr. Friedrich Krukenberg. « Ueber das Fibrosarcoma Ovarii mucocellulare (carcinomatodes). » *Arch. f. Gyn.*, Band 51, 1896.

(18) Perls. « Lehrbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie, » pag. 329.

(19) Lesser und Benecke. « Ein Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi). » *Virchow's Arch.*, 123, 1891.

(20) Baumgarten. « Ueber Transformation und Proliferation des Lymphgefässendothels (Lymphangoitis hyperplastica) der Darmwand. »

(21) Baginski. « Ueber normale und pathologische Befunde des Lymphgefässendothels in der Kindlischen Darmwand. » *Centralblatt für die medizinische Wissenschaft*, 1882, N. 4.

(22) Loesch. « Beiträgen zu dem Verhalten der Limphgefässe bei der Entzündung. » *Virchow's Archiv.*, 44. pag. 385.

(23) E. Schwenninger. « Berichte über die wärend der Fahre 1874 und 75 ausgefuhrten Leichenöffnungen. » *Annalen des Städtischen allgemeiner Keankenhauses zu München*, 1878, I vol.

(24) F. Neelson. « Untersuchungen über den Endothelkrebs (Lymphangitis carcinomatodes). » *Deutsches Archiv. für Klinische Medizin.*, vol, 31, pag. 375, 1882.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. 1. — Sezione corrispondente alla parte periferica del lobo superiore destro del tumore, dove il parenchima neoplastico ha maggior spessore — Koriska, Ocul. 2, Ob. 4.

a. Fasci di connettivo fibroso decorrenti parallelamente alla superficie del neoplasma e costituenti la parte più esterna di esso.

b. Lacune canalicolari, serpiginose del tessuto connettivo contenenti nel loro interno cellule epitelioidi.

c. Spazii linfatici dello strato connettivale più esterno.

Fig. 2. — Sezione corrispondente alla parete della cisti — Koriska, Oc. 3, Ob. 4.

a. Tessuto connettivo.

b. Lacune linfatiche con cellule epitelioidi.

Fig. 3. — Cellule epitelioidi corrispondenti alla sezione della fig. 1, vedute ad un maggiore ingrandimento — Koriska, Oc. 3, Ob. 6.

Fig. 4. — Una lacuna linfatica della fig. 2, veduta a maggiore ingrandimento — Koriska, Oc. 2, Ob. 6.

Fig. 5. — Cellule epitelioidi corrispondenti alla fig. 2, vedute a maggiore ingrandimento — Koriska, Oc. 3, Ob. 6.

Fig. 6. — Altra sezione della parete della cisti — Koriska, Oc. 2, Ob. 4.

a. Tessuto connettivo.

b. Cellule epitelioidi distribuite nelle maglie del tessuto connettivo.

c. Cellule epitelioidi in una lacuna linfatica.

Fig. 8. — Una piega tubarica nello stadio iniziale dell'invasione neoplastica — Koriska, Oc. 2, Ob. 4.

a. Epitelio cilindrico di rivestimento della piega tubarica.

b. Vasi linfatici con cellule epitelioidi.

c. Leucociti.

Fig. 9. — Una piega tubarica in cui sta sviluppandosi il processo neoplastico — Koriska, Oc. 2, Ob. 6.

a. Epitelio di rivestimento della piega appiattito per pressione eccentrica.

b. Cellule epitelioidi sviluppate nelle lacune linfatiche.

Fig. 10. — Piega tubarica in uno stadio più avanzato dell'invasione neoplastica — Koriska, Oc. 3, Ob. 4.

a. Epitelio cilindrico di rivestimento della piega.

b. Vasi linfatici provvisti del loro endotelio, contenenti cellule epitelioidi.

c. Cellule epitelioidi sviluppate nelle lacune linfatiche.

Fig. 11 e 12. — Sezioni corrispondenti allo strato musculare della tuba neoplastica — Koriska, Oc. 2, Ob. 6.

a. Cellule epitelioidi ordinate a rosario nell'interno delle lacune linfatiche

b. Tessuto muscolare.

c. Cellule epitelioidi in proliferazione nell'interno delle lacune linfatiche.

Fig. 13. — Un vaso arterioso nel tessuto neoplastico — Koriska, Oc. 3, Ob. 6.

a. Cellule epitelioidi.

b. Un vaso linfatico periarterioso zeppo di cellule epitelioidi.

c. Un vaso arterioso.

Fig. 1.

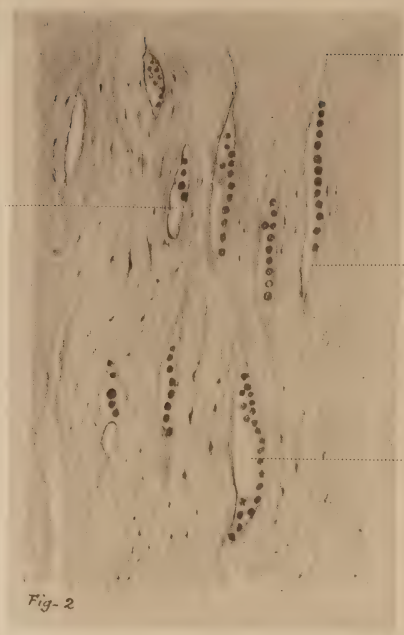


Fig. 2

Fig. 3

Fig 4

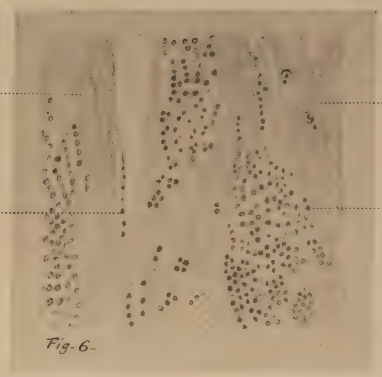


Fig. 6.

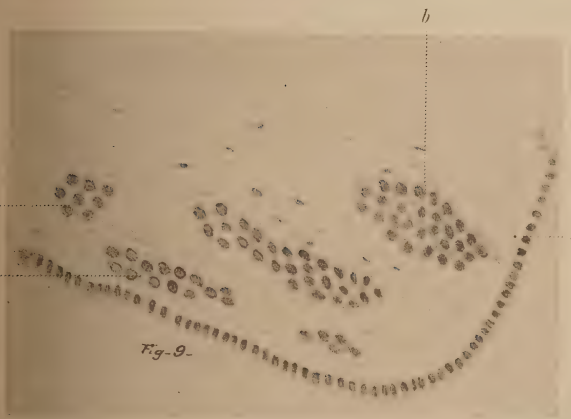


Fig. 9.

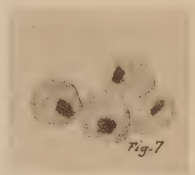


Fig. 7

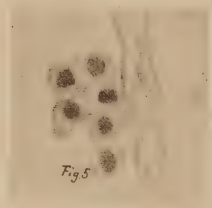


Fig 5

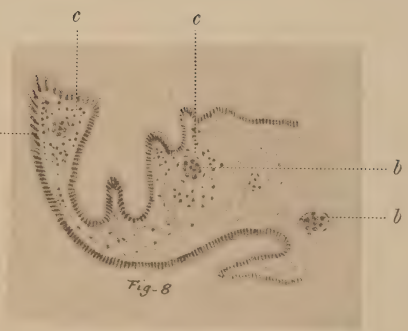


Fig. 8

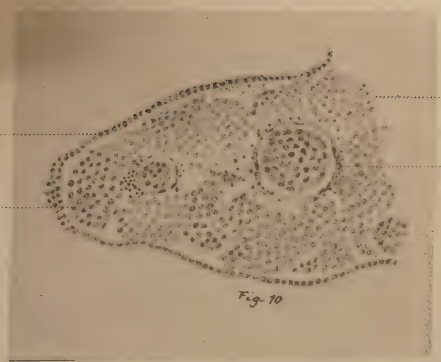


Fig. 10

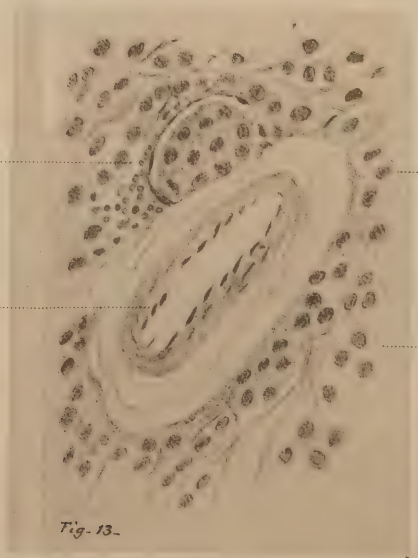


Fig. 13.

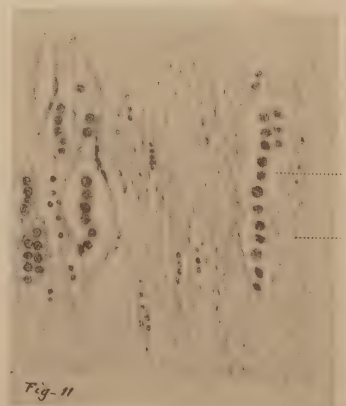


Fig. 11

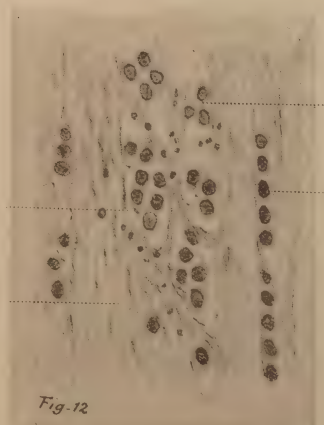


Fig. 12

ROYAL INSTITUTION OF ENGINEERS
28 MAR 98

Dott. CARLO DECIO

28 MAI 98

CENNO STORICO-CRITICO-CONFERMATIVO

della priorità di una peculiare giacitura delle partorienti

(POSIZIONE DI WALCHER).

— Deest in judicando acies —

Il dott. Pazzi di Bologna, nell'ultimo Congresso della Società Ostetrica Italiana tenutosi in Roma nello scorso mese di Ottobre, richiamava l'attenzione dei soci sopra la priorità che egli opina spettare all'Italia, circa una speciale posizione della donna nell'atto del partorire, posizione che dovrebbe avere per caratteristica gli arti inferiori *pendenti* dal letto, sul quale trasversalmente supina è disposta la partoriente (1). E ricordato all'uopo quanto il prof. Walcher aveva sulla stessa positura pubblicato nell'anno 1889 (2), non che i benefici risultamenti da tal pratica conseguiti presso alcune cliniche straniere, dalle quali erano altresì uscite le ragioni, onde la cennata giacitura riesce in talune modiche ristrettezze pelviche, o nei casi di straordinario sviluppo fetale profittevole, aggiungeva com'egli stesso avesse una volta presenziato ad un parto dato alla luce in tal maniera, che d'altronde confessa di preferire, se costretto a dar mano all'ostetrica tenaglia.

L'erudito collega, mosso da lodevole sentimento di patria, ben lungi dal « *commettere offesa alcuna al nome rispettabilissimo di Walcher,* » s'induceva adunque a rivendicare a Sebastiano Melli (1721) il merito del trovato, tanto più che altri prima di lui, avendo rilevata l'improprietà della denominazione di questa posizione della donna nel parto, lasciavano luogo a discrepanze basate specialmente sul fatto di aver ricordato Scipione Mercurio insieme a Sebastiano Melli. Il dott. Muzio

(1) Estratto degli « Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin., » vol. III, Roma, Tipog. dell'Unione Cooperativa, 1879.

(2) *Centralbatt. für Gynak.*, 1889, n. 51, p. 892.

Pazzi nega ogni compartecipazione (se pure potrebbe così chiamarsi) nel merito della così detta « posizione di Walcher » all'ex frate domenicano; e con un esame dei rispettivi scritti, giudica tutta doversi la scoperta al solo Melli, ed a suffragio delle considerazioni, che esamineremo tra breve, riporta in *fac-simile* alcune tavole dei prelodati autori.

A proposito delle quali, sebbene io convenga coll'ostetrico Primario degli Ospedali di Bologna, essere le riproduzioni dell' artista Barbieri lodevolmente e fedelmente condotte, e sebbene il dott. Pazzi medesimo accenni nella sua nota all' importanza di un *vero fac-simile* a proposito di alcune tavole malamente riprodotte dal Witkowski, mi permetto tuttavia di esprimere il mio avviso, e cioè, che in oggi ogni *fac-simile* di importanti documenti, e di qualsivoglia natura, dovrebbe essere affidato ai mezzi di riproduzione che ci vengono forniti dall'arte fotografica applicata alle tipografiche industrie, i quali soli ci possono garantire quella matematica esattezza di ogni benchè minimo dettaglio, non che l'esatto apprezzamento delle proporzioni, allorchè per una qualsiasi causa, si fosse costretti ad un impicciolimento del documento originale.

Queste non debbono essere interpretate quali pedantesche minuziosità, ma sibbene sicure guarentigie nei casi di confronti di differenti esemplari pur nel complesso somiglianti, non che in cento altre controversie d' indole bibliografica.

Incomincia adunque il dott. Pazzi coll'esaminare quanto scrisse il Corradi sulle varie posizioni usate nell'atto del partorire riferendosi ai prelodati autori, ma di ciò non intendo occuparmi, in quanto che i brani riportati non aggiungono alcun lume nella questione, nè vi è fatto alcun cenno speciale all'atteggiamento proposto dal Melli.

Passa poscia in esame alcune frasi dell' « Histoire des accouchements chez tous les peuples » del sig. Witkowski, dottore in medicina della Facoltà di Parigi, facendo giustamente rilevare come esso abbia confuso Scipione Mercurio con Sebastiano Melli, al punto da attribuire al primo una tavola che appartiene al secondo, e di cui dà la figura a pag. 375 della suddetta storia. Su ciò torneremo tra breve.

Ricordando il trattato di Ostetricia del prof. Ahlfeld il dott. Pazzi si meraviglia che la fotozincotipia da quegli riportata, indicata colle parole « nach Seb. Melli » *(La Comare Levatrice,* Venezia, 1748, S. 321),

non corrisponda realmente alla pagina in cui essa si trova sull' originale. L'osservazione è esatta, ma ha poco valore. La tavola è intercalata realmente fra le pagine 318 e 321, sull' ultima delle quali sta la spiegazione. Evidentemente l'Ahlfeld indicò il numero della pagina che tipograficamenle fa corpo col foglio, poichè *di solito* le tavole, così dette intercalate, non portano la numerazione progressiva del foglio stesso. Ma a parte ciò, trova strano che l'Ahlfeld « seguiti a chiamarla » posizione di Walcher « quando *questa* non varia da *quella* che per tenere i piedi della partoriente sollevati da terra. » Anche su ciò ci fermeremo più innanzi. Rileva quindi il dott. Pazzi come il dott. Rossi Doria « *sia caduto nell'errore che la posizione a gambe pendenti sia stata immaginata la prima volta da Scipio Mercurio e non dal Melli* » ed aggiunge che assai probabilmente la causa dell' errore deve essere originata dal fatto di aver confuse fra di loro varie figure dell'opera di Mercurio, e ferma principalmente l'attenzione sopra quella nella quale è delineata la posizione della donna che deve essere sottoposta al taglio cesareo, in cui, soggiunge il Pazzi, la gravida è disposta « *ai bordi del letto con le gambe penzoloni ed i piedi toccanti il suolo, ma questa posizione non è che precaria, e non ha nulla a che fare colla posizione supina del tronco della donna, con gambe pendenti, che il Melli ha proposta per la prima volta un secolo dopo Mercurio, ed allo scopo appunto di combattere l' incomoda posizione in ginocchio col tronco rovesciato in dietro, da Mercurio consigliata per le donne grasse, e la posizione sullo sdrucciolo pendente per i parti difficili in genere.* »

Io credo che il dott. Rossi Doria non può essersi confuso nell'apprezzamento delle tavole di Scipione Mercurio, giacchè in testa alle medesime sta la spiegazione delle immagini raffigurate. Se il Rossi Doria scrisse che Mercurio « raccomandava nei parti laboriosi di porre » le donne sia sopra il letto, per mezzo di alti cuscini, sia sul bordo » del letto stesso in modo che le gambe fossero pendenti, » ciò non fu semplicemente in base alla parte illustrativa della *Comare,* ma sibbene in base ad un brano del testo originale, che il dott. Pazzi medesimo riprodusse più innanzi nella sua memoria, come fra poco ci verrà fatto di osservare. Ma v' ha di più, dal suesposto brano del dottor Pazzi, inteso a dimostrare le posizioni di Mercurio e di Melli (e che io ho riportato alla distesa in carattere corsivo), dicendo che la donna rappresentata sulla tavola che dimostra il taglio cesareo, è di-

sposta ai bordi del letto, *con le gambe a penzoloni ed i piedi toccanti il suolo,* lascerebbe supporre a tutta prima *che la posizione supina del tronco con gambe pendenti, che il Melli ha proposto* (quantunque il Melli non abbia mai parlato di *gambe pendenti),* non presentasse la particolarità di poggiare i piedi al suolo, ciò che non è in realtà. Aggiungerò infine, sempre a proposito della tavola del parto cesareo ora in questione, come il Pazzi nel descriverla, non abbia forse usato un linguaggio del tutto chiaro od appropriato, in quanto che non possono certamente essere qualificate *penzoloni* le gambe di quella donna, che in una stazione eretta sul tronco o quasi, appoggia completamente sul terreno le superfici plantari.

Non voglio scendere a sottigliezze d'indole linguistica, ma faccio soltanto notare, che il Vocabolario degli Accademici della Crusca, che il Manuzzi, che il Tramater, che il Fanfani concordano nel dire che l'avverbio *penzolone, a penzoloni* significa: a maniera delle cose che penzolano, dal verbo *penzolare,* star pendente o **sospeso in aria**, dal latino *pendere* che ha pure riscontro in italiano a pendere, star sospeso od appiccato a checchessia che sostenga. La voce *pendente* poi oltre che di participio ha valore di aggettivo nel senso di *inclinato, declive.*

Caduto nel comune errore, reputa il Pazzi altresì il prof. La Torre, che nell'ultimo Congresso di Mosca, portando la propria voce nella discussione sull'argomento della sinfisiotomia, a Scipione Mercurio rivendicava la priorità della così detta « posizione di Walcher. »

Esaurita così la parte critica bibliografica, espone i documenti originali di Mercurio e di Melli riferendo i brani dei due trattati consultati nelle rispettive prime edizioni e riportando altresì la parte illustrativa, come ho più sopra accennato.

Soffermiamoci per poco ad esaminare le figure.

Tralasciamo ogni discussione su quella di Mercurio che *dimostra il sito nel quale si devono collocare le donne partorienti che sono molto grasse,* e sull'altra del *sito primo necessario al taglio cesareo,* giacchè nulla hanno a che fare col nostro argomento. Confrontiamo invece quella di Mercurio che dimostra il *sito necessarijssimo in ogni parto vitioso nel quale si debbono collocare tutte le gravide, che difficilmente partoriscono per qual si voglia causa,* coll'altra del Melli che rappresenta la *situazione che deve dare la Signora Comare alla Donna partoriente, alla sponda del letto avendo in sito Vitioso o sia Illaudabile la Creatura.*

Per comodità dei lettori ancor io feci riprodurre dagli originali le dette figure colla fotozincotipia: riducendo quella del Melli a proporzioni tali, che le figure di questa avessero a corrispondere più che fosse possibile alle dimensioni di quelle che scorgiamo nella tavola di Scipione Mercurio, la quale invece fu da me riprodotta nelle identiche misure dell'originale (1).

Già al primo colpo d'occhio esse ci si appalesano con tale manifestissima simiglianza, da lasciarci con tutto fondamento credere che il Melli abbia fatto disegnare la propria tavola pigliando a modello la già esistente di Scipione Mercurio.

In entrambe infatti uguale è l'atteggiamento della mammana ginocchioni al davanti e fra le coscie della partoriente, in entrambe uguale l'acconciatura del capo, la direzione dello sguardo, la foggia dello scialle che lascia scoperto il collo e parte della spalla destra. Ambedue, le comari portano le maniche rimboccate alla stessa altezza poco al disopra la piegatura del cubito, in ambedue la veste si disegna colle medesime pieghe nascondendone completamente i piedi in modo caratteristico.

Astrazion fatta dello sfondo, anche le figure delle partorienti si

---

(1) Avendo potuto esaminare contemporaneamente le 4 edizioni della *Comare* del Melli, mi accorsi che le tavole intercalate subirono le stesse sorti di quelle che figurarono in parecchie edizioni consecutive dell'opera di Scipione Mercurio. Cioè furono tirate come oggi direbbesi col medesimo *cliché*. Lo stesso rame, inciso da mano ignota, che servì allo stampatore Recurti per la 1.ª ediz. del 1721, fu pure usato non solo dal Recurti nella seconda del 1738 (Bibl. Osp. Magg. di Milano) e nella terza del 1750 (Bibl. Nazionale Braidense, Milano), ma ben anco dallo stampatore veneto Carlo Palese nella quarta edizione del 1766 *(ex libris meis)*. Di ciò, oltre che alla perfetta identità del tracciato, abbiamo una prova guardando l'angolo superiore destro della tavola. Nella ediz. 1.ª citata dal Pazzi (e da me veduta presso la Bibl. Braidense inviata, dietro richiesta dalla Comunale di Bologna), la figura in discorso porta al detto angolo l'indicazione della pagina col numero 316, poco leggibile imperocchè si confonde alquanto colle tratteggiature incrociate della incisione. Nella seconda edizione il numero 316 è mutato in 320, e lascia manifestamente scorgere le traccie della correzione imposta dalle esigenze della nuova impaginatura. Il rame fu pertanto superficialmente raschiato, non tanto tuttavia da disperdere ogni traccia dei solchi del primitivo bulino. Nella 3.ª (di cui il Pazzi non fa cenno nella nota bibliografica a pag. 12, ricordata del resto da Haller, da Siebold, da Corradi e da Cuzzi, i quali tutti menzionarono altresì la prima del 1721), nella 3.ª dico il numero 320 rimane ancora, ma nell'esemplare da me veduto, probabilmente per la usura del rame, la correzione è fatta a mano, il che si osserva anche per le altre tavole. Nella 4.ª infine il numero 320 diventa 282. Ogni traccia delle primitive solcature del bulino è dispersa, il numero nuovamente inciso spicca in un piccolo spazio bianco: di fianco al N. 282, fuori della riquadratura della tavola leggesi la lettera *a*. Vedasi la mia riproduzione.

delineano con tale contorno, che afferma vieppiù la cennata ipotesi, e basta per persuaderci di ciò osservare come esse siano contorte in un bizzarro atteggiamento, il quale, dato pure e concesso doversi nella

SCIPIONE MERCURIO.

B. Sito necessarijssimo in ogni parto vitioso nel quale si debbono collocare tutte le grauide, che difficilmente partoriscono per quale si uoglia causa.

incisione di Mercurio riferire alla imperizia di colui che intagliava il legno per quella tavola, non doveva ripetersi con tale manifesta somi-

glianza 136 anni dopo, per pura fortuita coincidenza, nel bulino solcante il rame destinato alla *Comare* dell'ostetrico di Venezia.

Le partorienti, in entrambe le tavole, presentano il viso di profilo, il petto invece è assai inclinato a sinistra, di guisa che la mammella destra si delinea pure di profilo sullo sfondo, mentre la sinistra presentasi di faccia, e starei per dire in modo quasi esagerato, forse perchè l'incisore credeva con ciò far risaltare con intendimento *verista*, l'abbassamento della medesima a cagione del proprio peso.

SEBASTIANO MELLI.

FIGURA I. — Mostra la situazione, che deve dare la Signora Comare alla Donna partoriente, alla sponda del letto, avendo in sito Vizioso, o sia Illaudabile la Creatura.

Rispettivamente alla linea orizzontale l'addome e gli arti inferiori sono delineati obliquamente da destra a sinistra, cosicchè al di là della cicatrice ombellicale si scorge buona parte dei quadranti destri dell'addome, non che l'arto inferiore dell'omonimo lato. Nel disegno di Scipione Mercurio, più difettoso dell'altro riguardo l'armonia prospettica, gli arti inferiori appajono meno divaricati. Altre concordanze che si riscontrano in alcuni dettagli delle calze, e nel parco modo onde la gravida è panneggiata, non possono lasciarci più verun dubbio sulla primitiva origine della incisione di Sebastiano Melli. L'unica differenza

che noi scorgiamo nel complesso della figura della gravida, esiste nella posizione della testa e del braccio sinistro. Tale differenza era per altro inevitabile per ragioni che esporremo tra breve.

Esaminiamo ora per quanto differiscano tra di loro i modi onde il suddetto atteggiamento è conseguito. Per fare ciò noi dobbiamo nelle due figure considerare due piani, vale a dire uno su cui *poggiano i piedi* della gravida, non che la comare ginocchioni, l'altro quello su cui giace la gravida col tronco.

Riguardo al primo parmi non esista diversità alcuna, giacchè non può esser tenuto in linea di conto il cuscino sottoposto alla comare che figura solo nella tavola del Melli. L'importante di esser qui accennato si è che in entrambe le tavole i piedi della partoriente *appoggiano sul detto piano completamente colla faccia plantare*, il quale piano se in Mercurio è rappresentato dal materasso del letto, nel Melli invece lo è dal pavimento della camera.

Consideriamo ora il piano su cui poggia il tronco delle gravide. In Mercurio esso è costituito da una duplice serie di cuscini, ognuna delle quali è costituita da tre guanciali sovrapposti sul letto stesso su cui giace la donna, che presenta il capo in manifesta estensione per essere appoggiato soltanto ad un unico origliere. Ne risulta pertanto che nel complesso la persona appare alquanto arrovesciata allo indietro. Questo guardando la figura, giacchè nella dimostrazione della medesima in realtà Mercurio avrebbe voluto che la gravida fosse supina su di un piano inclinato *dalle natiche fino alla testa*, a guisa di uno *sdrucciolo pendente*, ove il *pendente*, avverto, ha il significato di inclinato.

Nel Melli invece la testa poggia sullo stesso piano delle spalle e del dorso e benchè le natiche siano un pochino rialzate (dimostrando ancora una volta l'influenza del modello che l'artista copiava), la gravida non appare in estensione così marcata. Il piano poi è costituito dal letto stesso, sul quale, perpendicolarmente al suo lato maggiore è disposto un piccolo rialzo costituito, a quanto sembra, da un coltroncino ripiegato, oppure da un materassuccio da culla. Se noi immaginiamo per un istante, che quel piccolo rialzo avesse ad essere tolto soltanto al di sotto della testa, la figura del Melli verrebbe ad essere identica a quella di Mercurio, senza soffrire alcuna mutazione nella giacitura del tronco e quello che più importa degli arti inferiori. Giova tuttavia notare che la partoriente figurata dal Melli sporge colle coscie

assai più in fuori dal margine del letto, di quello che non isporga l'altra di Mercurio dal margine dei guanciali. Una tale differenza tuttavia non sembrami possa avere un gran valore, e a bello studio insisto su questo punto, giacchè potrebbe essere l'unico dirò così discutibile. Il dislivello dei due piani suddetti (prescindendo dalla modalità colla quale essi sono ottenuti), essendo uguale nei due autori, ne consegue che la posizione assunta dagli arti inferiori della gravida è identica in entrambi i disegni, identico l'angolo di flessione formato dalla gamba colla coscia, identica la deflessione di quest'ultima rispettivamente alle ossa coxali. Di ciò potrà persuadersi il lettore guardando il *fac-simile* delle tavole nelle quali a bello studio vennero riprodotte le figure in modo tale però da uguagliarsi nella grandezza.

Di guisa che, se anche a tutta prima, pel mancato sostegno dei due terzi inferiori delle coscie della partoriente del Melli, la sua figura appare diversa da quella di Mercurio, tale diversità non è che illusoria, essendo identico l'effetto della giacitura e dei conseguenti rapporti delle varie ossa componenti gli arti inferiori rispettivamente a quelle del bacino. Nella stessa guisa un individuo assiso sopra una seggiola di tale proporzione che le piante tocchino il suolo, e che la tibia s'articoli ad angolo retto col femore, non cambia di atteggiamento sia che intieramente appoggi tutta la parte postero-inferiore delle coscie sul sedile, sia che l'individuo portandosi innanzi, venga da questo soltanto parzialmente sostenuto.

Per tutte le suesposte considerazioni parmi adunque che dato di voler rivendicare la priorità di una tale speciale posizione all'Italia, basandoci sull'esame delle tavole, non si dovrebbe nè si potrebbe escludere il nome di Scipione Mercurio come vorrebbe il dott. Pazzi.

Che se un esame superficiale delle figure di Melli e di Mercurio portò ad imperdonabili confusioni il Witkowski (che giunse perfino all'anacronismo di attribuire a Mercurio una figura del Melli), tuttavia non può dirsi aver quegli *creduto erroneamente che il nostro Melli fosse un imitatore della pratica ostetrica di Mercurio.*

Come pure non si può dire abbia avuto *torto l'autore incognito che nel 1896 ha fatto una recensione dei lavori di Küster e Fothergill sul Raccoglitore Medico di Forlì,* non che il prof. La Torre, i quali a proposito della *posizione a gambe pendenti* (senza specificare se dal letto o dai cuscini ammonticchiati su quello), credettero nominare prima del

Melli, od esclusivamente, colui che innanzi la cappa del medico aveva indossato la cocolla de' domenicani.

Esaminiamo ora documenti di non minore importanza, vale a dire il testo originale dei singoli autori.

Così si esprime Scipione Mercurio al Capo II, Libro II, parlando « Del modo di ajutare la creatura, che venga al parto con la testa avanti ma col collo storto: » .... « *Alle partorienti poi è necessario il conueniente sito, il quale sarà necessario ad ogni altro parto vitioso, e parrassi qui sotto in disegno per maggiore chiarezza, dopo che da noi sarà stato dichiarato. Si collochi, & acconci la parturiente sopra il letto supina, ma con la testa china; il che si fa commodamente ponendo molti piumacci, ò altre masseritie sotto le spalle, & alzando sempre con proportione, fin che si arriui alle natiche di modo che facci uno sdruciolo pendente da dette natiche fino alla testa.* »

Quivi s'arresta o per meglio dire interrompe il Pazzi la citazione, io invece per comodità dei lettori proseguirò nel riprodurre anche l'ommesso, facendo fin d'ora notare, che esigendo Mercurio che *molti piumacci o altre masseritie* fossero collocate sotto le spalle, *alzando sempre con proportione fino alle natiche*, doveva necessariamente accadere che gli arti inferiori avessero ad assumere una direzione inclinata verso il suolo, ciò che se egli non disse, fu solo perchè l'atteggiamento complessivo della partoriente doveva essere disegnato *per maggiore chiarezza.*

Prosegue quindi Scipione Mercurio: *Si accomodi poi la Commare in ginocchioni tra le gambe della parturiente, & ontasi le mani con i predetti ogli, o decotti, consideri bene la parte doue pontaua la creatura con la testa, & hauendola ben riconosciuta di quindi incominci a fregare gentilmente, e spingere uerso l'ombilico della parturiente: ma sopra il tutto onga molto bene; & il corpo, e le parti circonuicine della natura; e questo faccia molte uolte, affinchè la creatura scostandosi da quel luogo, doue malamente era situata; si riduca nel mezo del uentre; il che succede facilmente. E qui debbo auuertire l'errore non dico di molte Commari, ma di alcuni Medici ancora che ho veduto operare in tal caso; poichè uolendo ridurre la testa al sito naturale, e ricondurre la creatura più adentro nel uentre materno, collocauano le parturienti nelle seggiole da parto, e non s'accorgeuano, che quel sito, è contrarijssimo a questa attione; perchè il fanciullo facendo peso a se stesso, e tutti gli intestini, anzi tutta la*

uita correndoli adosso, lo cacciano a basso, e lo conficcano sopra modo nel sito vitioso, dal quale nè per diligenza loro nè per forza usata dalla patiente può a niun modo rimuouersi, e per ciò non senza ragione, due, o tre, c'ho ueduto in tale sito infelicemente perirono insieme con le creature.

Hora collocata la parturiente nella suddetta figura, cioè supina, con la testa pendente [inclinata (1)] *e con tutto il resto del corpo* (intendeva cioè il tronco e lo prova la figura) *eleuato, dimorerà in quella fin tanto che la Commare habbi ridotta la creatura nel mezo del uentre, e fuori di quelle angustie, dov'era cacciata, e quasi fitta, la quale si apparecchierà poi a condurla in sito naturale al parto, e questa è la terza cosa necessaria alla creatura. Onde subito che si hauerà ammorbidito le mani, come sopra si disse, restando pure in ginocchioni tra le gambe della parturiente, & intromessa la mano destra dentro la natura della donna, e toccando il capo del fanciullo lo drizzi uerso la bocca della natura, e così palpandolo leggiermente, onga benissimo e lui e le parti interiori della natura con gli ogli tepidi sopranominati; e dimorata così alquanto, intrometta, la sinistra mano pure dentro la natura in ajuto della destra, & accomodando l'una, e l'altra almeno con le punta delle dita uegga di reggerli il capo dritto toccandogli le tempie, e fermatolo bene in tale sito, commandi,* (quivi prosegue pure la citazione del Pazzi) *che a poco a poco si leuino i piumacci, che stauano sotto le natiche, e così successiuamente tutti di modo, che resti la parturiente in piano. Fatto questo, con prestezza, & altrettanta destrezza le ajutanti donne piglino la parturiente per li fianchi, e la girino comodamente uerso la sponda del letto; ma la Commare non lasci mai la testa della creatura, e si aggiri ancor essa, come si gira la parturiente la quale dopo condotta sù la sponda del letto, ueda, se la creatura si muoue per nascere; perchè spesso accade, che subito che la grauida torna in piano su'l letto, tenendosi la testa dalla Commare, come si è detto nasce il fanciullo senza impedimento: ma quando così non esca fuori seguiti di tenere la testa dritta, e commandi, che pian piano sia leuata a sedere sopra la sponda del letto, tenendola due donne per dietro, o ponendole delli scabelli sotto i piedi con tale proportione, che le gambe restino molto aperte & alquanto pendenti; & all'hora si adopri la Commare di hauere la creatura.*

Sebastiano Melli al Libro III, Capo II, *Del parto laborioso, e diffi-*

---

(1) Nella edizione del 1621 si legge *pendere*, evidentemente un errore di stampa.

cile, e suoi ripari critica assai una stravagante posizione proposta da Mercurio per facilitare lo sgravio alle femmine grasse (della quale a bello studio non credetti occuparmi, giacchè come dissi nulla ha a che fare nel dibattito attuale), e giudicandola incomoda *e perciò non proprio da praticarsi*, aggiunge doversi *bensì situare la Donna alla sponda del letto, come nel Capo 3. sarà descritto, e nel suo nicchio alla Tavola propria delineato.* Se non che, per vero dire, nulla egli descrive in quel capitolo circa la posizione, e se la sbriga inviando il lettore ad osservare la tavola con le seguenti parole che amo pure riportare alla distesa, poichè ci mostreranno rassomiglianze con quelle di Mercurio, non inferiori a quelle de' riportati disegni.... *conosciuto il parto essere vizioso, doverà* (la Comare) *condurre piacevolmente la partoriente sopra la sponda del letto, ed aggiustarla come è il disegno nella figura 1, Tav. 1, e bene untasi le mani, ed unte ancora le parti pudende, per ove deve passare il feto, postasi in ginocchio sopra un cuscino tra l'uno, e l'altro piede della partoriente, insinuerà, la mano destra nel seno pudendo, e procurerà di rimuovere dal sito vitioso il capo dell'infante: dappoi a poco a poco introdurvi la sinistra mano, ben unta negli ogli, e con i diti sì dell'una che dell'altra mano, conduca retto il capo ad imboccare nell'orifizio della matrice, così fermo conservandolo, ed allora dalle Alunne, oppure da chi assiste, facendo alzar nel capo, e un poco nel dorso all'insù la partoriente, persuadendola a tener il fiato, e premere verso il fondo del ventre, oppure con procurarle qualche sternuto, o applicandole, e prestandole alcuno di quegli ajuti, che facilitano il partorire, procuri di avere la creatura, che certo rettamente aggiustata, verrà a nascere.*

La *dichiarazione del sito*, come la chiamò Mercurio, supplisce al difetto del disegno, giacchè come ho già accennato, le coscie della partoriente non appaiono divaricate al punto da permettere le surriferite manovre per parte della comare *ginocchioni tra le gambe* della donna. Ed insisto su ciò, pel fatto che quella posizione ingiustamente chiamata dal Witkowski quale una *follia*, in fine dei conti non veniva a rappresentare che una posizione che rendeva comodi i maneggi della comare, i quali sarebbero stati impossibili sulla seggiola anche per le ragioni esposte da Mercurio stesso; posizione che d'altronde (astrazion fatta dal modo col quale era ottenuta), non rappresenta altro che quella cui si ricorre abitualmente nelle case private (per mancanza di letti operatorii speciali) in isvariate contingenze ostetriche, ponendo la pa-

ziente attraverso il letto coi piedi sostenuti da due sedie comuni. Posizione più comoda per l'operatore che non è obbligato a salire sul letto, posizione che tuttavia da quella di Mercurio non diversifica, come in sostanza nell'effetto non diversifica dall'altra proposta dal Melli.

Prescindendo poi dalla comodità dei maneggi in tale giacitura, noi vediamo che ridotta la testa in lodevole situazione, anche Mercurio, se di subito non usciva il feto, rigirava la gravida alla sponda del letto; e appunto perchè i piedi non avessero a penzolare nel vuoto, in ragione dell'altezza della sponda medesima, sottoponeva *delli scabelli sotto li piedi con tale proportione, che le gambe* fossero restate *molto aperte e alquanto pendenti*, vale a dire un *po' inclinate.*

Per tanto il Witkowski, quantunque in errore nella citazione della tavola, male non s'appose dicendo che Mercurio faceva nei parti laboriosi sgravare le femmine *soit sur le lit, soit sur le bord du lit,* e neppure andò errato il Rossi Doria, scrivendo che lo stesso ostetricante ponesse le donne: *sia sopra il letto, per mezzo di alti cuscini, sia sul bordo del letto stesso in modo che le gambe fossero pendenti.* Forse se vi fu errore in quest'ultimo fu nella interpretazione del vocabolo *pendenti,* che ben altro significato (siccome vedremo) ha nella posizione di Walcher; resta però indubbiamente il fatto che anche il Rossi Doria tanto per l'esame delle figure, quanto pella parte esplicativa contenuta nei singoli testi, avesse compreso l'identità delle posizioni Mercurio-Melli, o per lo meno non vi avesse trovato differenze notevoli, e tali da costituire due giaciture essenzialmente separate.

Dal medesimo punto di vista non fu in errore l'anonimo autore della recensione apparsa sul *Raccoglitore Medico,* come sopra si disse, non che il prof. La Torre, solo che riguardo a quest'ultimo mi accorderei col dott. Pazzi nel credere che abbia in parte confusa la posizione di cui è il discorso (e che dice che Mercurio esagerava), coll'altro atteggiamento *acrobatico* per le donne grasse, forse soltanto memore della parte grafica della *Comare,* che lo stesso La Torre poi, non so con quali ragioni, vorrebbe edita per la prima volta nel 1589, a meno non si tratti di un errore di stampa imputabile al redattore delle sedute del Congresso moscovita (1).

---

(1) *Annales de Gyn. et obst.*, Paris, Steinheil édit., T. XL, VIII, Octobre 1897, pag. 285. È strano come tale citazione sia andata soggetta ad errori anche da parte di altri periodici,

Avendo io or non è molto pubblicata una breve nota intesa a stabilire la data precisa in cui per la prima volta venne edita la *Comare* di Mercurio, ed essendo stato a ciò mosso dal fatto che la prima edizione ch'io trovai presso la Biblioteca Marciana di Venezia fu ignota al Mangeto, al Ghilini, al Piccinelli, al Mandosio, a Quetif ed Echard, a Portal, ad Alberto Haller, al Meli Domenico, allo Sprengel, al De Renzi, allo Siebold, al Corradi ed al Cuzzi, ed avendo nella circostanza creduto far emergere alcuni meriti dell' autore, non credasi ora che io, seguendo l'esempio di taluni panegiristi, abbia voluto nella questione presente, elevare starei per dire il mio santo al di sopra degli altri (1). Imperocchè se l'imparzialità storica, basata sul confronto dei documenti, non ci consente di escludere Mercurio dalla questione come il Pazzi l'ha sollevata, la stessa imparzialità non ci permette neppure di scorgere nella posizione Mercurio-Melli (così mi sia lecito chiamarla), qualche cosa che rassomigli a quell'altra giacitura proposta e sperimentata dal prof. Walcher. E notisi che io non intendo di sollevare eccezioni sul punto della priorità dirò così empirica, piuttosto che della priorità scientifica, giacchè in allora entrerei in un altro ordine di ragionamenti.

Il Walcher in una nota pubblicata nel periodico *Centralblatt für Gynäkologie* (N. 51 dell'anno 1889, pag. 892), premesso che una gravida a termine con catino viziato nel diametro coniugato, posta sul letto d'esame in guisa che la parte superiore del corpo sia leggermente rialzata, le ginocchia flesse e fortemente appoggiate sull'addome, offre con grande facilità il riscontro del promontorio al dito esploratore, così prosegue: « Legt man nun ein Polster unter das Kreuz und lässt die » Beine so weit als möglich über den Uteruschungstisch nach abwärts » hängen, so fühlt man während des Senkens der Kniee das Zurück- » weichen des Promontoriums...» Innalzando le ginocchia, o togliendo i cuscini si troveranno ben tosto le condizioni anteriori.

Ora io mi domando: come mai un atteggiamento che ha per caratteristica gli arti inferiori *penzolanti nel vuoto*, giacchè questo si de-

---

quali il *Monatschrift für Geb.*, Sept. 1897, ed il *Centralblatt f. Gyn.*, N. 38, pag. 1131, in cui come già osservò il Pazzi, non solo la data, ma anche il nome di Scipione Mercurio fu storpiato in *Scipio Mercuriato* (1512), ed in *Cibio Mercuriale* (1589).

(1) Decio. « Rettificazioni storico-critiche intorno ad un autore della ostetricia italiana del secolo XVI. » Milano, Tipogr. Cogliati, 1896.

sume dalla frase: *al più possibile in basso*, escludendo così l'appoggio dei piedi sul pavimento, si vuole ad ogni costo paragonare ad un atteggiamento che manca appunto di quell'attributo principale, e dal quale soltanto, sembrano scaturire i vantaggi nelle difficoltà dello sgravio?

Per vero dire il dott. Pazzi, come ho più sopra riferito, rileva una tale differenza, ed aggiunge: *Bisogna però notare che all'epoca del Melli usavano dei letti molto più bassi dei nostri, e che ponendo una donna alla sponda del letto, con le gambe pendenti dal medesimo, per forza i piedi trovano il suolo da poggiare.*

Ma, mi è d'uopo ripeterlo, il Melli non ha mai parlato di gambe, o di arti **pendenti** in qualsiasi significato, vale a dire non solo nel significato di penzolanti nel vuoto, ma neppure nell'altro di inclinati, nel senso di Scipione Mercurio, e d'altronde se a ragione della bassezza del letto, *per forza* i piedi trovavano il suolo da poggiare, ciò che già avrebbe resa illusoria la denominazione di pendenti, per *penzoloni*, chi impediva od avrebbe potuto impedirgli di sottoporre al dorso ed alle natiche della partoriente, cuscini, piumacci o masserizie in modo da rialzare il piano del letto stesso fino al grado desiderato? nella stessa guisa con cui Mercurio appunto perchè le gambe non fossero penzolanti, ma solo inclinate *pendenti)* usava gli sgabelli sotto i piedi della sua gravida girata alla sponda del letto? E ammesso pure per un istante, che il Melli innalzasse di tanto la propria da rendere alla stessa impossibile il contatto delle piante col suolo, perchè in allora così non la volle delineata, mentre ciò più che opportuno era necessario, dal momento che in luogo di dare al lettore una descrizione della speciale postura, lo invitava semplicemente a contemplarne il disegno?

La posizione di Walcher nulla ha a che fare con quella di Mercurio-Melli.

Noterò infine come l'ostetrico di Stoccarda abbia forse per se stesso contribuito ad ingenerare confusione nelle varie posizioni, in quanto che nel descrivere la propria, non avrebbe dovuto dire *gambe*, ma sibbene *arti inferiori*, il che è ben altra cosa. Comechè i tropi siano fondati sopra le relazioni più o meno intrinseche che gli oggetti hanno fra di loro, in virtù delle quali il nome di un oggetto può facilmente sostituirsi all'altro, intendendosi comunemente con ciò di

accrescere la vivacità della idea, non pertanto le figure retoriche in genere, e la sineddoche in ispecie, deve essere bandita dall'eloquio scientifico, e sopratutto dall'anatomico, nel quale essa non può costituire che confusione, e non può essere intesa che come improprietà di linguaggio.

Così condotta la materia del discorso a questo punto, non mi resta che di aggiungere qualche parola a ciò che il mio scritto non sembri a taluno soverchia demolizione. Imperocchè se è cosa lodevole il rivendicare ai propri connazionali il merito di qualsiasi ritrovamento, quando questo indiscutibilmente venga provato, non deve *la carità del natio loco*, indurci a vedere tutto nostro il merito in altrui invenzioni pel fatto solo di discutibili od ipotetiche rassomiglianze, o quanto meno imporre alle medesime nomi che in realtà non possono essere attribuiti.

Non resta però che io non ammiri la bontà della causa che mosse alla pubblicazione il collega bolognese, causa che forse non fu sufficientemente approfondita in taluni particolari, con quella esattezza che si richiede in lavori di storico argomento.

E ben lungi dal dire ciò a lui solo, ma ben anco agli altri italiani sopranominati, io spero che da essi (se saranno fatti persuasi pei suesposti ragionamenti che la posizione di Walcher è ben altra cosa di quella di Mercurio-Melli) non sarà visto a malincuore, che queste rettificazioni siano state con franchezza esposte da un loro collega connazionale prima di vederle forse (e certamente meglio), formulate in idioma straniero (1).

---

(1) Questo mio cenno storico-critico, era già pronto fin dallo scorso mese di Febbrajo, ma per esigenze tipografiche non potè trovar luogo nel fascicolo di quel mese. Destinato pertanto a figurare nel numero di Marzo, esso era quasi stampato in totalità allorchè addì 11 Febbraio venni a conoscenza di una nota del prof. F. La Torre intitolata: *La posizione a gambe pendenti nel parto, detta di Walcher* (Supplemento al *Policlinico*, anno 1898), della quale reputo conveniente il dare un dettagliato accenno, rimediando in tal guisa alla involontaria mancanza.

Il prof. F. La Torre, lasciando da parte il giudizio che il dott. Pazzi portò sopra altri, e principalmente sopra *le prime intelligenze del mondo* radunate al Congresso di Mosca, risponde per proprio conto perchè giudicato con ignoranza di fatti, rifacendo la storia dell'accaduto. Narra come egli non avesse avuto alcuna intenzione di fare una speciale comunicazione sulla posizione a gambe pendenti nelle sedute del Congresso, se una fortuita occasione non glie ne avesse dato il destro, vale a dire l'opinione di Varnier, il quale dimostrasi con-

trario ai vantaggi della posizione di Walcher. Prese egli però la parola e combattuta l'opinione dell'ostetrico di Parigi, per sentimento di dovere nazionale aggiunse che la posizione così detta di Walcher non è una concezione di Walcher, nè è moderna. Essa invece è di data antichissima ed appartiene ad un italiano, e qui nominò Scipione Mercurio colla data esatta del 1595 ed inoltre aggiunse che un secolo circa più tardi un altro italiano, del quale in quel momento non gli sovveniva il nome ..... Lelli ..... (evidentemente alludeva al Melli) stabiliva di mettere la donna a sponda di letto colle gambe pendenti, illustrando la posizione con una figura. Concludeva pertanto il prof. La Torre doversi la posizione di Walcher o tedesca, chiamarsi col nome di Mercurio od italiana. Per l'oratore era indispensabile che la questione assumesse carattere nazionale anzichè personale.

Esaminata poi la questione dal punto di vista scientifico, si domanda se a ragione si possa attribuire al Melli il merito della posizione atta a rendere più facile il parto. Conviene che il Melli mettesse di primo acchito la donna sulla sponda del letto, mentre Mercurio ne la portava in secondo tempo, ma il principio fondamentale, egli dice, lo spirito informatore della posizione è di Mercurio.

Quivi il prof. La Torre esamina altresì la critica mossa dal Melli alla posizione di Mercurio, e prova come la criticasse soltanto per la parte materiale e non nel principio fondamentale.

Sta bene, ma il Melli portò la sua critica ad una posizione proposta da Mercurio, specialmente per le donne grasse, quella posizione che lo stesso Mercurio dice descritta da Avicenna, combattuta dal Corradi, e che stando a quanto ne disse Osiander, non sarebbe che per pochi istanti tollerata dal più esercitato saltimbanco. Io su questa, non ho rivolto alcun

A. Sito nel quale si debbono collocare le donne parturienti, che sono molto grasse.

confronto, giacchè le figure che io ho riprodotte a pag. 222 e 223, ed i ragionamenti che mi furono da esse suggerite, mi sembrano sufficienti per escludere ogni genialità nella proposta del Melli, il quale se tanto bene conosceva quell'atteggiamento che Mercurio voleva dare alle donne grasse in mezzo della stanza, e che giudicava *di grande incomodo e stento ..... e perciò non proprio da praticarsi* (e che per maggiore intelligenza faceva riprodurre nella Tavola IX del Libro III a pag. 289, nella edizione del 1766, togliendola dalla *Comare* di Mercurio al Capo XVI, del Libro II, e che io pure offro al lettore), come mai, dico, non fece parola della Tavola di Mercurio rappresentante il *sito necessarijssimo per ogni parto vitioso*, da me riprodotta a pag. 222, e che come ho dimostrato, in sostanza per nulla diversificava da quanto lo stesso Melli proponeva alla sponda del letto?

Non posso accordarmi adunque col prof. La Torre nel dire che il Melli accettando la proposta di Mercurio, l'abbia modificata solo perchè incomoda. Melli rifiutava quella posizione per la gravida grassa ginocchioni in mezzo alla camera col dorso indietro al punto da toccare con gli omeri e l'occipite il pavimento, ma che cosa modificò in essa? Nulla. Che cosa sostituì? Null'altro che l'atteggiamento dello stesso Mercurio *del sito necessarijmo in ogni*

parto vitioso, del quale più sopra a dilungo ho parlato. Agì egli in buona fede, oppure fu vittima di un errore? (Vedansi le due figure a pag. 222-223).

S'agiti pure la questione sui giornali e nelle accademie, ma

« Se l'intelletto mio ben chiaro bada »

io credo che volendo provare la priorità dell'antica speciale giacitura da darsi alle partorienti in talune difficoltà dello sgravio, giacitura che io reputo fu soltanto suggerita dalla facilità e comodità dei maneggi, più che da qualsiasi altro concetto, giacitura che ci mostra la gravida coi piedi appoggiati su di un piano, essa deve indubbiamente tributarsi a Scipione Mercurio.

Ma forse che può essere paragonata a quella di Walcher ad *arti inferiori penzolanti?* Più che da sottili argomentazioni la risposta verrà data dai fatti. Presso le Cliniche si moltiplichino pure le esperienze, e solo quando dalle medesime, istituite rigorosamente, emergerà che l'aumento del diametro antero posteriore del catino si allunga in grado uguale, sia che la donna venga posta secondo i dettami degli antichi, sia che essa venga ad atteggiarsi cogli *arti inferiori penzolanti* alla Walcher, solo allora ancor io, *non neghittoso e timido nipote*, potrei acconciarmi se non ad intessere coi lauri la postuma corona per la fronte dei nostri empirici antecessori, per lo meno ad accettare una fortuita rassomiglianza di risultati ottenuti con intenti diversi.

Milano, 13 Febbraio 1898.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Genova
diretto dal Prof. A. Caselli

Dott. INGIANNI GIUSEPPE (Assistente)

Tunnelizzazione dei tumori fibrosi dell'utero nell'isterectomia vaginale

per spezzettamento

E DI UN NUOVO ISTRUMENTO PER PRATICARLA

L'isterectomia vaginale per fibromi accolta in principio dai chirurghi con diffidenza, trova oggi numerosi fautori e fra questi spiccate individualità scientifiche, che hanno saputo con pazienti osservazioni e appoggiati su di una casistica molto ampia tracciare una via di condotta che non ha più dell'indaginoso e dell'incerto.

Il Péan e il Doyen seguiti poi da Richelot, Segond, Acconci, Quenu, Landau, ecc. sono quelli cui spetta principalmente il merito di avere ideato e perfezionato questa tecnica operativa.

Io non mi occuperò qui delle critiche principali rivolte al metodo che hanno dato luogo in questi ultimi anni a numerosi dibattiti e pur rimanendo estraneo alla questione se l'isterectomia vaginale possa sostituirsi con vantaggio in molti casi alla laparotomia, mi riserbo di accennare i processi principali oggi in voga, proponendo da ultimo un istrumento che a mio avviso completa la metodica imaginata con geniale semplicità dal Péan e dal Doyen.

Qualunque sia la critica che si possa fare al metodo, rimane indiscusso un fatto che nell'apprezzamento del valore dei metodi deve avere la più grande importanza « *la isterectomia vaginale dà minore mortalità che l'intervento per la via laparotomica.* »

Con questo però non si vorrà elevare a metodo generale la prima operazione e applicarla in tutti i casi, ma come sono concordi i più caldi propugnatori dell'isterectomia vaginale, l'operazione è riservata

ai piccoli tumori che non sorpassino l'ombelico, intramurali o sottomucosi e che godono di una certa mobilità.

Il Péan nella isterectomia vaginale per fibromi, procede nel modo seguente:

Isolamento del collo che stira con grosse pinze uncinate: indi introducendo ai lati dell'utero delle lunghe pinze emostatiche robuste e con denti curvi fa la forcipressura dei legamenti. Taglio bilaterale del collo e della muscolatura uterina che copre il tumore e trazione in basso mediante pinze uncinate.

Messo bene in evidenza il fibroma, il Péan pratica lo spezzettamento della massa, scolpendovi con le forbici e con bistury dei coni di tessuto che vengono asportati con pinze uncinate robuste. Allontanata la prima parte di tumore si portano più in alto altre pinze a forcipressura e si completa poi con lo stesso sistema lo svuotamento dell'utero, asportando quest'ultimo anche con lo spezzettamento. Le ovaie e le tube previa forcipressura vengono anch'esse allontanate. Le pinze avvolte con garza vengono ritirate dopo 36-48 ore.

Talvolta nei grossi tumori, onde lasciarsi un campo più libero, escide completamente il collo, esercitando poi la presa sulla massa restante di utero e di tumore. Questo punto della tecnica adottata dal Péan fu alquanto criticata, sembrando che ci venga così a mancare di uno dei migliori mezzi di presa di cui disponiamo per tirare in basso l'utero miomatoso.

Il Doyen adopera nella isterectomia vaginale il processo da lui ideato fin dal 1887 e comunicato al Congresso di Bruxelles, il quale consiste nei seguenti tempi:

Introduzione di un pessario ad aria compressa che dilata la vagina e viene allontanato dopo 48 ore.

Disinfezione del campo di operazione.

Con robuste pinze uncinate viene afferrato il collo dell'utero ai due lati e stirato in basso. Indi incisa la vagina, aprendo i fornici s'introduce l'indice nello spazio del Douglas e si lacerano le aderenze che eventualmente vi possono esistere.

Segue poi l'isolamento della vescica che viene spinta in addietro. Si taglia allora dal basso all'alto e sulla linea mediana la parete anteriore del collo e con successivi colpi di forbice viene aperto anteriormente il peritoneo. Servendoci sempre della trazione fatta con le

due prime pinze, si stira fortemente in basso e si afferrano a destra e a sinistra le labbra della incisione fatta sul collo con due altre pinze uncinate collocate più in alto delle precedenti. Le due pinze primitive più basse divengono allora superflue e si allontanano: indi si prolunga in alto sull'utero l'incisione mediana fatta sul collo, portando sempre più alta la trazione; il più delle volte non è necessario estendere la incisione fino al fondo.

Nei grossi miomi il Doyen stira egualmente l'utero in basso e ritaglia dai margini della lunga incisione mediana dei grossi pezzi di tessuto, oppure invece di fare l'incisione rettilinea sulla parete anteriore dell'utero la pratica e forma di V asportando i cunei di tessuto che ne risultano. Finchè l'utero non è alla vulva non è necessaria alcuna emostasi. Fattane l'estrazione all'esterno lo stira più che può e indi colloca ai lati sui legamenti le sue grosse pinze clamp, delle quali ne applica solamente due e in modo che la cerniera della pinza giaccia sui legamento infundibulo pelvico e l'apice alla base del legamento largo: per maggiore sicurezza ne colloca due più piccole al difuori delle prime, indi asporta l'utero. Se il tumore, a causa del suo volume rimonta al disopra del distretto superiore del bacino e non dà presa alle pinze uncinate od è appena visibile a 10-12 cm. di profondità, il Doyen ricorre ad un geniale artifizio: infigge nella massa del tumore un tubo di acciaio tagliente ad una estremità e fenestrato in più punti, del diametro variante da 1 a 3 cm., facendo con la mano sinistra una contro pressione sul tumore attraverso la parete addominale anteriore.

Il cilindro o i cilindri di tessuto che ne risultano sono strappati poi per mezzo di una delle pinze a denti, di modello speciale per l'utero. Indi afferra il tumore introducendo una delle branche delle sue pinze a denti nella cavità praticata impiantando la branca anteriore alla superficie del fibroma; esercita poi dei movimenti di basculle e taglia dei grossi cunei successivi di tessuto, attivando lo spezzettamento per mezzo della rapida enucleazione dei nuclei accessibili fatta per mezzo delle sue pinze a denti.

Molti ginecologi hanno in massima accettato la tecnica proposta dalla scuola di Péan e di Doyen con quelle modificazioni che sono riconosciute utili anche dai moderni autori.

Così il Veit, Acconci ed altri preferiscono alla forcipressura le

legature a fascetti in catgut; le quali sono poste con ago del Dechamps contemporaneamente alla progressiva discesa del tumore.

La tecnica mista in oggi seguita è la seguente:

Afferrato il collo ai lati con robustissime pinze del Doyen (simili alle Museaux) viene tratto il più possibile in basso. Si accerta con catetere la posizione della vescica rispetto ai fornici vaginali; incisione circolare del collo in modo da staccare i fornici, mantenendosi però il più possibile vicino all'orifizio esterno dell'utero. Scollamento col dito e col manico del coltello della mucosa vaginale che costituisce il fornice anteriore e isolamento della vescica. Isolamento posteriore e ricerca dello spazio del Douglas. Fissazione con punti staccati di questa piega con la mucosa del fornice vaginale. Indi con l'indice sinistro piegato ad uncino si va ad afferrare dal basso all'alto una parte di legamento, e sulla guida del dito viene dall'alto al basso passato l'ago del Dechamps portante un laccio. L'apposizione del laccio è agevolata dall'assistente il quale stira lateralmente il collo nel senso opposto a quello ove si pratica la allacciatura.

Si ripete lo stesso all'altro lato dell'utero, portando dei lacci sui legamenti il più alto che sia possibile, in modo da comprendervi le arterie uterine. A questo punto però generalmente il tumore che si adatta pel suo volume nel piccolo bacino, non discende più, e non lascia più posto per successive legature preventive; conviene allora ominciare ad aggredire la sua massa. Del resto agendo sulla parete anteriore dell'utero e del tumore, l'emorragia è quasi nulla e per la relativa scarsezza di vasi di questa zona e per la compressione laterale che subiscono i vasi della massa contro il piccolo bacino.

Per agire sul tumore prende molto voga la tecnica del Doyen; incisione sagittale mediana del collo, applicazione di due pinze uncinate nel punto più alto dei bordi della soluzione di continuo fatta, trazione energica; prolungamento in alto del taglio sagittale sul corpo dell'utero e sul tumore, impianto di nuove pinze ai bordi del taglio, più in alto delle prime.

L'utero e il tumore così fortemente impegnati, non progredirebbero oltre se non si pensasse a ridurne la massa interna: così o secondo la tecnica del Péan si fa un vero svuotamento del tumore, asportando dei coni di tessuti che vengono scolpiti con forbici e con bistury curvi sul lato e a lungo manico: o si segue la metodica del Doyen il quale non

fa lo spezzettamento come metodo, ma lo pratica solo quando col taglio sagittale non può avere la estroflessione alla vulva dell'utero e del tumore.

Il prof. Acconci pratica un' importante modificazione ai processi accennati. Nei casi di miomi sottomucosi o intramurali resisi sottomucosi, messo a scoperto il tumore, ne rispetta la capsula e cerca di restare all' interno di questa staccando una parte del fibroma col cucchiaio a bordi seghettati del Thomas, applica la valva fra tumore e capsula, indi circoscrive con lunghi bistury anche curvi sul lato, dei grossi pezzi di tumore che sguscia con pinze uncinate. Può così accelerare di molto l'operazione e renderla meno indaginosa avendo costantemente la guida della capsula del tumore.

Nei casi di tumori voluminosi dicemmo che il Doyen fa dei veri tunnel con i suoi tubi taglienti, ottenendo così il doppio scopo di una riduzione dei diametri del tumore e la formazione di cavità in cui può infiggere solidamente delle pinze a trazione. Abbassato il tumore si praticano nella parete anteriore dell'utero e del tumore dei tagli a V che diminuiscono di molto il diametro trasverso della massa e ne permettono l'estrazione.

Col processo del Doyen quindi si estrae ancora un utero miomatoso e voluminoso, mentre col processo Péan l' utero è ridotto ad una borsa affiappita. Estratto l'utero rimane a fare l'allacciatura dei legamenti e l' asportazione degli annessi, la quale si compie con una allacciatura in catgut a fascetti.

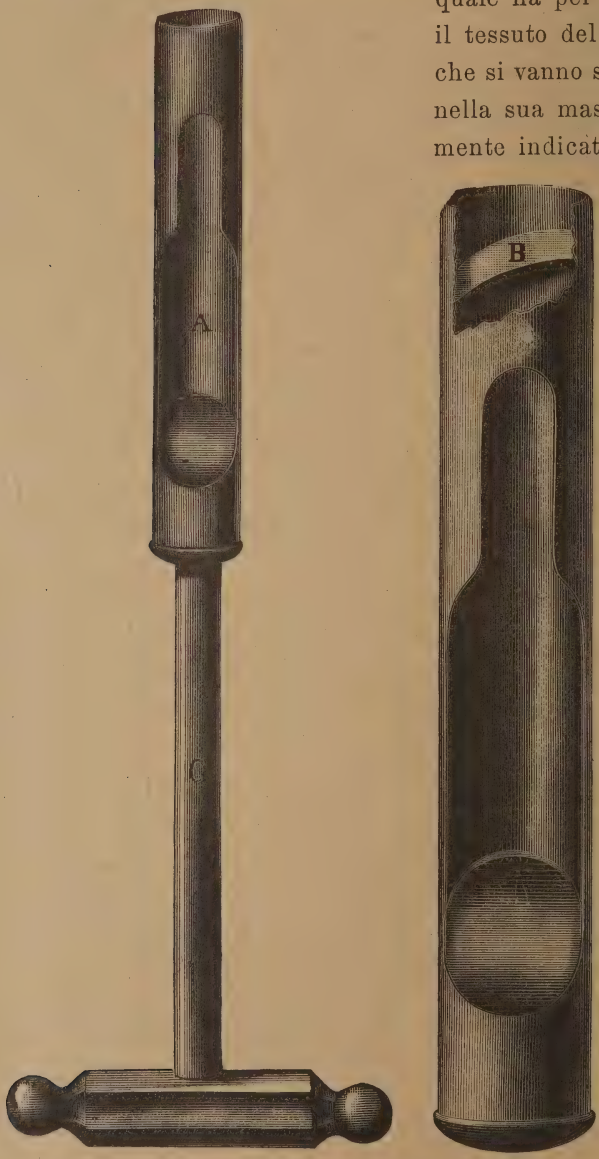
Dalla succinta esposizione dei processi più usati di isterectomia vaginale si vede che scopo precipuo tanto con la tecnica del Péan come con quella del Doyen si è la riduzione dei diametri del tumore affinchè questo possa percorrere il canale pelvico e venire estratto.

I tubi taglienti del Doyen geniali nella loro semplicità sono a mio avviso perfezionabili rendendo l' istrumento più efficace.

Coi tubi taglienti del Doyen si scolpiscono nella massa del tumore dei cilindri di tessuto i quali però ritirato il tubo che li ha tagliati rimangono in posto, fissi al loro impianto. Il Doyen per strapparli propone allora di afferrarli con pinze uncinate e torcendoli secondo il loro asse maggiore. Ma purtroppo la tenacia del tessuto è tale che l'asportazione del cilindro scolpito spesso non riesce, ed è sempre incompleta.

Queste manovre indipendentemente dal grave traumatismo che provocano, fanno perdere un tempo prezioso nella operazione, la quale

in mano anche di abilissimi chirurghi si protrae spesso per tre e più ore. Ad evitare questi inconvenienti sono a proporre un istrumento il quale ha per iscopo di asportare il tessuto del tumore man mano che si vanno scolpendo dei cilindri nella sua massa. È quindi egualmente indicato tanto che si operi con la metodica del Doyen, come con quella del Péan.



Tunnellizzatore per fibromi uterini del dott. G. Ingianni.

L'istrumento si compone di un tubo cilindrico in acciaio, della lunghezza di 12 cm. e del diametro interno vario dai 2 ai 3 cm. Uno degli estremi è tagliente ai bordi, mentre sull'altro estremo chiuso si avvita un manico.

Questo tubo è convertito per 3/4 della sua lunghezza in una doccia, mediante un'ampia finestra laterale *A*. Il tubo inoltre porta nel suo interno, a 1 cm. circa dell'estremo libero tagliente, un coltellino semilunare inclinato *B*, in modo che nell'insieme rammenta un tratto dell'anima interna di una chiocciola. L'altro estremo

del tubo porta un manico *C* col quale s'impugna l'istrumento. Per servirsi dell'istrumento si opera nel seguente modo:

Messo allo scoperto il tumore, sia che si agisca col processo del Péan, sia con quello del Doyen, mentre gli assistenti stirano fortemente in basso la massa con grosse pinze, il chirurgo adatta nel centro del tumore l'estremo tagliente dell'istrumento, che è sostenuto col pollice ed indice della mano sinistra; indi con lieve pressione continua si imprime con la destra un movimento a vite. L'estremo del tubo tagliente penetra nella massa del tumore, scolpendovi un cilindro di tessuto sul quale agisce nello stesso tempo il coltello semilunare che converte il cilindro in una spirale. Si approfonda così a piacimento per 5-6 cm. il tubo tagliente ed anche più se le dimensioni del tumore lo permettono. Della spirale di tessuto rimarrebbe l'impianto profondo a guisa di peduncolo attaccato al resto della massa; ma questo peduncolo però si recide facilmente imprimendo dei rapidi movimenti di torsione all'istrumento, senza spingerlo maggiormente nei tessuti.

Si ritira allora il tubo tagliente, nel cui interno è raccolto il cilindro di tessuto asportato, mentre rimane scolpito nella massa del tumore un ampio tunnel a pareti nette e il cilindro che l'occupava è ridotto ad un'elica nell'interno del tubo, da cui si estrae facilmente per l'ampia finestra della parete. Con questo istrumento si può agire alla Péan svuotando sollecitamente la massa del tumore e ridottolo nei diametri estrarlo o si applica il processo del Doyen servendosi di questi tunnel per la penetrazione di grosse pinze, destinate alla trazione del tumore, continuando poi a resecare dei grossi V di tessuti.

I vantaggi che offre lo strumento da me proposto e accuratamente eseguito dalla casa Baldinelli di Milano, sono evidenti; si rende minimo il traumatismo e si accelera considerevolmente l'operazione.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL PARTO PODALICO
NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

STUDIO STATISTICO

DEL

Dott. ERSILIO FERRONI
Assistente volontario.

(Continuazione, vedi pag. 192).

Prognosi.

Molto si è discusso sul pronostico del parto pel podice, e specialmente per ciò che riguarda il feto, date le condizioni a cui esso deve sottostare nel venire alla luce. Il parto podalico si è sotto questo punto di vista paragonato a quello pel vertice e non sono stati pochi gli Autori che lo hanno ritenuto più o meno dannoso dell'altro. La letteratura è ricchissima su tale riguardo. Senza voler riferire le idee di coloro che vissero in epoca da noi remota, ricorderò soltanto Moschion (108) e Paolo d'Egina (109), secondo i quali il parto pel podice non deve considerarsi come anomalo ma bensì, per andamento e risultati ultimi, come vicinissimo al normale. Non la pensavano in modo diverso A. Pareo (110), e Rhodion (111) e dello stesso avviso erano anche il Guillemeau e Ch. de Saint-Germain (112), i quali ultimi, pur riconoscendo che il parto podalico offre spesso qualche difficoltà, affermano tuttavia che la natura ne può venire a termine e che l'arte ove occorra, non trova ostacolo invincibile. Lo stesso dicasi del Röderer (113) e del Bertrandi (114). Queste idee erano venute in campo quasi per mettere un freno a quelle esageratamente pessimiste di Ippocrate, di Plinio e di Celso che ritenevano il parto pel podice come il più dannoso (*aegro-partu*), idee, del resto, condivise, in tempi più vicini, dal Melli (115), dal Dugès (116) e da una serie infinita di scrittori, parecchi dei quali verranno fra poco menzionati. A questo pro-

posito non si può tacere come il Dionis (117) abbia voluto raggiungere l'estremo opposto asserendo « che il parto è più facile per i piedi che per la testa », affermazione, come dice Velpeau (32), sostenuta anche da Petit e da Bounder, malgrado le idee allora dominanti. Accanto a questi gruppi di autori, se ne trova un gran numero di altri che negli ultimi tempi hanno portato un largo contributo sull'argomento, mettendo a profitto della prognosi un materiale statistico non indifferente. Per esser breve ne citerò pochissimi, riportando solo le percentuali della mortalità fetale in ordine progressivo, allo scopo di aver sott'occhio nel modo più facile che sia possibile, il complesso delle cifre; tutto ciò, bene inteso, a scapito dell'ordine cronologico. Etienne (20) è l'ostetrico che più di tutti ha piena fiducia nel parto pel podice; si potrebbe dire, anzi, che il suo ottimismo non è stato mai raggiunto da nessuno. Nella Maternità di Nancy egli ha ricercato il pronostico fetale a partire dall'anno 1883 inclusivamente fino al 1.° Novembre 1891 e ha trovato, facendo astrazione dagli aborti, 50 feti vitabili, nati pel podice. Su queste 50 nascite non vi è un caso di morte. La mortalità fetale sarebbe adunque di 0 su 50. L'Etienne spiega questo risultato con l'intervento precoce, adottato in simili casi in quella Maternità. Guéniot (40) stabilisce la mortalità dei feti nel rapporto del 4. 16 0[0; sopra 27 feti nati pel podice ne toglie tre, due dei quali macerati e uno perchè trovato morto a cagione della madre inesperta che partorì senza nessun aiuto. Ne restano adunque 24 di cui 23 nacquero viventi e sani. (Il feto morto era abbastanza sviluppato, e apparteneva ad una pluripara di 40 anni). In base a questi dati si ricava la percentuale del 4. 16. Il Balocchi (118) ammette che su 100 feti che nascono in presentazione pelvica ne muoiano 8. 3, cioè a dire 1 su 12, e il Burns, stando al Pastorello (74) 8. 6, avendo trovato 21 morti su 242 casi. Fra l'uno e l'altro deve mettersi il Porak (55), che su 108 feti al di sopra di 1500 gr., ne trova 9 morti cioè 1 su 12 (8. 33 0[0). Il Dubois (119) ritiene il parto podalico più sfavorevole di quello pel V. e ci offre a questo riguardo il rapporto del 9. 9 0[0 o per meglio dire di un feto morto su 11, cifra generalmente accettata dalla grande maggioranza degli autori e dallo Joulin (23) in ispecie. Il Dubois non tien conto nella sua statistica delle morti anteriori al travaglio e che si debbono evidentemente a cause estranee alla presentazione. La gravità del pronostico si rileva dal confronto della mortalità nei nati pel podice

e pel vertice: per quest'ultimi egli ha trovato un decesso su 51 casi. Ai risultati del Dubois si avvicina moltissimo il Belluzzi (14), il quale trova il 10 0[0 di feti morti, non tenendo conto dei parti abortivi. Lo stesso dicasi del Grassi (5) che per la Maternità di Firenze riporta la identica cifra (1 su 10). Se stiamo al Braun (18), questa percentuale dev'essere un po' più alta giacchè l'11 0[0 dei feti che si presentano pel podice muoiono lungo il parto e il 18 0[0 dopo i primi giorni dalla nascita. Pajot (54), su 372 feti (364 gravidanze con presentazione podalica) trova una mortalità del 13.9 0[0 (1 su 7), risultati molto vicini a quelli precedenti della Lachapelle (30) secondo la quale 804 presentazioni di podice dettero 102 feti deboli, 16 deformi o abortivi, 105 morti, e 581 vivi e sani. La proporzione dei morti è quindi del 14 0[0, cioè di 1 su 7, mentre che la stessa Lachapelle su 20698 presentazioni di vertice non trovò che 668 morti, ciò che equivale ad 1 : 30 circa.

Da queste cifre passiamo subito a quelle più elevate dell'Inverardi (10), sulle quali dovremo ritornare in seguito quando parleremo della prognosi fetale in rapporto alla Iparità o pluriparità, all'epoca della gravidanza, ecc., ecc. Per ora basterà dire che la mortalità fetale ascende, in base alle sue ricerche, al 20.7 0[0, considerando tutti i casi complessivamente e senza escludere i feti premorti. C. Bell (120), avendo visto su 2367 presentazioni podaliche 510 feti nati morti, ci dà il 22 0[0, e l'Hecker (22) la stessa cifra. Pastorello (74) su 80 parti (dei quali 50 spontanei) nota 60 feti vivi e 20 morti, cioè a dire il 25 0[0 di questi ultimi: dei 60 che nacquero vivi, 24 morirono poco tempo dopo e certamente quasi tutti, come dice lo stesso autore, in conseguenza dei danni sofferti nel parto per questa *fatale* presentazione. La percentuale sopra riferita dovrebbe quindi modificarsi nel senso che circa la metà dei bambini perdono la vita. Secondo Hegar, i feti muoiono nella proporzione del 25 al 33 0[0, o, in altri termini, ne muoiono da 1 su 3 a 1 su 4. Velpeau (32) accentua ancora di più la gravità della prognosi. Egli trova 581 feti vivi e sani su 804 nati pel podice, vale a dire il 72 0[0 di vivi e il 27 0[0 dei rimanenti, mentre nella presentazione di vertice i feti vivi raggiungono il 95.7 0[0, avendone trovato 668 su 698. Anche il Dugès (116), nel parto podalico, dà la stessa percentuale di feti vivi (72 0[0). Egli dice che tanto isolando i parti spontanei dagli artificiali, quanto addizionandoli (ciò che rende la proporzione ancora più favorevole) si può ritenere sopra 7 feti esservene 1 morto,

1 dubbio e 5 viventi e sani. Accennerò infine alle cifre di Mangiagalli (2), secondo il quale su 66 feti, non tenendo conto del loro peso, 27 vennero alla luce morti, ciò che significa il 40 0|0 del numero totale (22. 50 0|0 calcolando i soli feti che oltrepassano i 2500 gr.). Al 40 0|0 arriva anche il Churchill (72). Questi appunti statistici riflettono semplicemente la prognosi fetale.

Sulla prognosi materna le idee di tutti gli ostetrici non differiscono nel ritenerla felice e sotto tutti i punti di vista pressochè identica a quella pel vertice, specialmente dopo l'introduzione del trattamento antisettico nel campo ostetrico.

Ciò premesso, vediamo quale risultato si può ricavare dall'insieme dei parti podalici da me raccolti relativamente al pronostico fetale e materno.

Prognosi fetale. — Sui 349 feti nati in presentazione pelvica trovo segnato lo stato di salute in 348 di essi. Raggruppando tra di loro i feti nati vivi, gli asfittici che non fu possibile richiamare in vita, i morti lungo il travaglio e i premorti, si hanno, considerandole tutte in unica tabella, le seguenti cifre:

Feti N. 348 (1)	V.	76		
	A.	153	102 R.	
			51 nR.	
	M.	119	25 in trav.	
			94 premorti	
		N. 348		

ovvero, addizionando i nR coi morti in travaglio e facendo le percentuali:

Feti N. 348	V.	76	= 21.8 0|0
	AR.	102	= 29.3 »
	AnR. e Mtr.	76	= 21.8 »
	Pr.	94	
		N. 348	

(1) Sin da questo momento, per brevità di esposizione, segnerò con la lettera V i feti vivi, con AR gli asfittici riavuti, AnR i non riavuti, Mtr. i morti in travaglio e Pr. i premorti.

Sull'intiero totale dei feti, quindi, la frequenza della mortalità avvenuta lungo il travaglio o subito dopo è del 21. 8 0[0 e questo risultato è quasi identico a quello ottenuto dall'Inverardi (10) in base allo stesso calcolo. Acciocchè il confronto sia agevole, riporto le percentuali dell'Inverardi, che trovano nei miei risultati una valida conferma.

Feti N. 314	V.	118	= 37.5 0[0
	AR.	41	= 13.1 »
	AnR. e Mtr.	65	= 20.7 »
	Pr.	90	

Se i procenti della mortalità fetale non differiscono gran che tra di loro, quelli dei feti vivi e degli AR reggono pochissimo al confronto. Io credo che questa differenza si debba al vario modo d'intendere l'asfissia nei diversi istituti: nei registri di Pavia figurano tra gli asfittici anche i feti con grado minimo di asfissia e che rinvengono subito dopo espulsi; tra gli asfittici dell'Inverardi saranno invece compresi i gradi più profondi di essa e quindi il numero esiguo dei casi che vi si riferiscono. Se infatti consideriamo i risultati ultimi che si possono ricavare dalla cifra complessiva dei feti V e degli AR in entrambi i due specchietti, abbiamo:

Mie cifre	V. 76	178 vivi	= 51.1 0[0
	AR. 102		
Inverardi	V. 118	159 vivi	= 50.6 »
	AR. 41		

Anche sulla percentuale dei feti vivi le due statistiche si accordano completamente, come per gli AnR e pei Mtr.

A proposito degli asfittici e del modo speciale di considerarli o meno come tali, non posso essere dello stesso avviso dell'Inverardi sul numero di quelli che ritornano in vita. Egli dice che degli asfittici se ne rianimano soltanto il 39. 4 0[0, mentre dai miei dati risulterebbe il 66. 6 0[0 (su 153 A, 102 R e 51 nR): a queste cifre, per ciò che antecedentemente è stato detto, si deve dare un valore relativo.

Le percentuali che ho riportato debbono subire però una modificazione: esse sono state desunte dal complesso dei feti nati pel podice nel novero dei quali figurano anche i premorti che debbono essere

eliminati perchè il genere di presentazione non ha esercitato nessuna influenza sul loro stato di salute. Togliendo da entrambe le statistiche i feti premorti e mettendo gli AR coi V e i Mtr cogli AnR, si ha:

Mie cifre: Feti N. 254	V. 178	= 70.07 0[0		
	M. 76	= 29.92 »	cioè 1 su 2.3 V.	
	N. 254			
Inverardi: Feti N. 224	V. 159	= 70.9 0[0		
	M. 65	= 29.01 »	cioè 1 su 2.4 V.	
	N. 224			

Queste ultime cifre, che sono le più accettabili perchè ricavate da un certo numero di feti tutti vivi al principio del travaglio, sono quelle che danno la percentuale della mortalità nella Clinica di Pavia. Anche qui l'accordo è perfetto colla Clinica di Torino. Non mi fermo sulle differenze che passano invece con le altre statistiche.

Dalla frequenza della mortalità nel parto podalico, così come l'ho riferita, si può facilmente capire quale concetto si possa avere su questo genere di presentazione, specialmente in rapporto con quella del vertice. Inutile dire che essa si deve ritenere come più grave e i casi di confronto che l'Inverardi ha inserito nel suo lavoro lo dimostrano ad evidenza:

Feti nati pel V N. 314 (egual numero che nel P.)	V.	274	= 87.2 0[0
	AR.	20	= 6.3 »
	AnR. e Mtr.	7	= 2.2 »
	Pr.	13	
		N. 314	

donde, facendo gli stessi calcoli che pel P:

Feti N. 301	V.	294	= 97.6 0[0
	M.	7	= 2.3 »

La differenza tra le cifre delle due presentazioni è enorme.

Stando ancora all'Inverardi (10), anche il numero dei feti A nati pel V, e che si rianimano, è superiore a quello degli AR pel podice. Nella presentazione di vertice, infatti, ne ritornano in vita il 74.07 0[0.

La gravità della prognosi sarebbe poi più accentuata se si tenesse conto di tutti i feti che muoiono nei primi giorni dopo la nascita, in seguito ai disturbi sofferti lungo il travaglio: di essi non ho tenuto conto perchè i dati che posseggo sono scarsissimi dal momento che i neonati non dimorano in Clinica che per un tempo molto breve. Secondo il Braun (18) per questi ultimi la mortalità fetale si accrescerebbe del 7 0[0].

Vediamo ora come si comporti la prognosi riguardo alla Iparità e alla pluriparità. Considerando le sole donne in cui si conobbe il numero delle gravidanze, il calcolo vien fatto su 346 casi (155 Igravide e 191 pluripare): dei feti che appartengono alle 3 donne che qui non prendiamo in esame, 2 nacquero vivi, di uno non è riportato lo stato di salute.

Ipare 155:

Feti V. N. 36
» A. » 71 { 54 R. / 17 nR.
» M. » 48 { 13 Mtr. / 35 Pr.
N. 155

Togliendo i premorti e sommando i V. cogli AR. e i Mtr. cogli AnR., si ha:

Feti N. 120 { V. 90 = 75 0[0] / M. 30 = 25 »

Pluripare 191:

Feti V. N. 38
» A. » 82 { 48 R. / 34 nR.
» M. » 71 { 12 Mtr. / 59 Pr.
N. 191

Togliendo anche qui i premorti e facendo le solite riduzioni, si ottiene:

Feti N. 132 { V. 86 = 65.1 0[0] / M. 46 = 34.8 »

Secondo queste tabelle la prognosi fetale sarebbe più grave nelle pluripare che nelle Ipare. Non saprei dire quanta fiducia si debba prestare a tali risultati che del resto trovano una conferma nelle statistiche di altri autori. Il Pajot (54), ad esempio, su 372 feti in presentazione podalica ne vide nascere 158 da Ipare e 214 da pluripare; nelle Ipare trovò 19 morti cioè 1 su 8 o 12 0[0], nelle pluripare 33 o 1 su 6,4 (15 0[0]). Hubert (37) ci offre uno schema della mortalità fetale nelle Ipare e nelle multipare, raccogliendo le cifre di Pajot, Mantel, Pinard e Porak:

Primipare 358, feti morti 38 — 10.6 0[0]
Pluripare 517, » » 70 — 13.5 »

Anche Hubert, colpito da questi risultati, si limita ad accoglierli con riserva. Il Mangiagalli (2) riporta, prendendo in esame i soli feti con un peso maggiore di 2500 gr., 2 morti sopra 10 nelle Ipare e 2 su 8 nelle pluripare, donde la mortalità rispettiva del 20 0[0 e del 25 0[0, risultati che confermerebbero i nostri. La statistica del Porak (55), presa da sola, non può essere interpretata nello stesso senso. 108 presentazioni di podice si osservarono in 45 Ipare e 63 pluripare: nelle prime si ebbero 5 feti morti, nelle seconde 4: di questi uno pesava 2080 gr. e un altro aveva il cordone procidente oltre al polidramnios. Il Porak esclude dal calcolo questi due feti perchè la loro morte non può mettersi in rapporto col genere di presentazione (quantunque ciò armonizzi poco col resto del lavoro) e dà la proporzione di 1 morto su 9 parti nelle Ipare e di 1 su 30 nelle multipare.

Se però si dà uno sguardo agl'interventi, si vede come nelle pluripare il parto artificiale sia più frequente che nelle Ipare, il che farebbe invece concludere pel fatto inverso essendo la mortalità dei feti nei parti artificiali di gran lunga superiore a quella che si osserva negli spontanei. Ben a ragione il Porak confessa di rimanerne sorpreso, sebbene sia fermamente convinto che il parto pel podice è più facile e meno dannoso nelle multipare che nelle Ipare. L'Inverardi (10) considera le primipare che partoriscono a termine: in simili casi la prognosi è eccessivamente infausta, tanto che i feti vivi costituiscono solo il 42. 3 0[0 del numero totale. Non mi fermo oltre sulla Iparità e pluriparità in rapporto al pronostico fetale, astenendomi da qualsiasi apprezzamento. In seguito avremo ancora occasione di ritornare sull'influenza che il numero dei parti pregressi esercita sulla vita del feto che si presenta pel podice.

Secondo i vari mesi della gravidanza, la mortalità fetale non si mantiene sempre nella proporzione stabilita pel parto in genere. Ho voluto dapprima dividere il totale dei casi in due serie: 1.° dal 7.° mese fino a termine; 2.° dal 7.° mese in giù, e poi ho ricercato i procenti nelle varie epoche della gestazione. — Dal 7.° mese a termine, complessivamente (N. 305):

Feti V. N. 72

$$\left.\begin{array}{l} \text{» A. » } 149 \left\{\begin{array}{l} 101 \text{ R.} \\ 48 \text{ nR.} \end{array}\right. \\ \text{» M. » } 84 \left\{\begin{array}{l} 25 \text{ Mtr.} \\ 59 \text{ Pr.} \end{array}\right. \end{array}\right\} \text{cioè} \left\{\begin{array}{l} \text{V. } 173 \\ \text{M. } 132 \end{array}\right.$$

Togliendo i 59 premorti:

Feti N. 246 { V. 173
M. 73 = 29.6 0[0

Queste cifre, esaminate partitamente nelle Ipare e nelle pluripare, danno per risultato:

		V.	A. R.	A. nR.	M. tr.	M. Pr.	
Ipare	145	36	54	17	13	25	N. 303
Pluripare	158	34	47	31	12	34	

da cui, togliendo i 25 e i 34 premorti:

		V.	M.	0[0
Ipare	120	90	30	25 0[0
Pluripare	124	81	43	34 »

(2 casi si omettono perchè riscontrati in donne, delle quali non si conosce il numero delle gravidanze). Ecco la percentuale della mortalità nei diversi mesi della gravidanza in rapporto anche alle Ipare e alle pluripare.

A termine. — Feti 201 (escluso quello di cui non si sa lo stato di salute).

V. 51

A. 107 { 67 R.
40 nR.

M. 43 { 20 Mtr.
23 Pr.

N. 201

donde, togliendo i 23 Pr.: Feti N. 178 { V. 118 = 66.2 0[0
M. 60 = 33.7 »

N. 178

		V.	A. R.	A. nR.	M. Mtr.	M. Pr.
Ipare	97	25	37	15	8	12
Pluripare	102	24	30	25	12	11

Riducendo questa tabella come si è fatto per le altre, si ha:

		V.	M.	0[0
Ipare	85	62	23	27 0[0
Pluripare	91	54	37	40.6 0[0

(mancano i soliti due feti).

8 mesi. — Feti N. 57:

V. 9

A. 32 { 28 R. / 4 nR. } da cui, al solito: Feti N. 43 { V. 37 = 86 0[0 / M. 6 = 13.9 0[0 }

M. 16 { 2 Mtr. / 14 Pr. }

N. 57

		V.	A. R.	A. nR.	M. Mtr.	M. Pr.
Ipare	27	5	15	1	1	5
Pluripare	30	4	13	3	1	9

cioè:

		V.	M.	0[0
Ipare	22	20	2	9.09 0[0
Pluripare	21	17	4	19.04 »

7 mesi. -- Feti N. 47:

V. 12

A. 10 { 6 R. / 4 nR. } o in altri termini: Feti N. 25 { V. 18 = 72 0[0 / M. 7 = 28 » }

M. 25 { 3 Mtr. / 22 Pr. }

N. 47

		V.	A.		M.	
			R.	nR.	Mtr.	Pr.
Ipare	21	6	2	1	3	9
Pluripare	26	6	4	3	—	13

cioè:

		V.	M.	0[0
Ipare	12	8	4	33 0[0
Pluripare	13	10	3	23.7 »

Indipendentemente dal fatto che la mortalità fetale è maggiore nelle pluripare che nelle Ipare, tanto nel complesso dei casi quanto nei vari mesi della gravidanza, tranne il 7.°, da questi specchietti risulta che il pronostico è abbastanza sfavorevole nei parti a termine, raggiungendo a quest'epoca il procento del 33.7 in confronto a quello del 29.92 ammesso per la presentazione podalica in genere. La cifra del 33.7 0[0 comprende, oltre ai morti in travaglio, gli AnR ed è ricavata da quel numero dei feti che trovavansi vivi all'inizio del parto. Anche l'Inverardi (10) arriva alle stesse conclusioni. Egli trova:

Feti a termine { AR . . . . . 35 = 17,8 0[0
M tr. e A n R 45 = 22,6 »

Queste percentuali sono ricavate dal complesso dei feti nati a termine senza escludere i premorti, perciò la cifra di 22.6 è maggiore di quella di 20.7 che appartiene alla mortalità dei feti in genere ottenuta in base agli stessi calcoli. Secondo i nostri risultati, che si ridurrebbero al 29.8 0[0 se non si escludessero i Pr., la prognosi dei nati a termine sarebbe più grave di quanto vuole l'Inverardi. Lo stesso autore ritiene il pronostico più infausto nel caso di feti nati a termine da primipare:

Ipare a termine 59 dalle quali nacquero

Feti sani . . . . . 25 = 42,3 0[0
» AnR. . . . . 15 = 25,4 »
» AR . . . . . 10 = 16,9 »
» Pr. 9

Ho detto antecedentemente come le nostre cifre mettano invece in rilievo il fatto contrario.

Che la prognosi raggiunga la maggior gravità nei feti a termine lo dimostrano poi le percentuali relative agli ottimestri: in questi ultimi la mortalità non oltrepassa il 13. 9 0[0. Al 7.° mese il numero dei morti aumenta di nuovo e tocca il 28 0[0. Questa cifra a prima vista esagerata, quantunque sempre inferiore a quella dei feti a termine, si deve mettere in conto della poca resistenza che offrono i feti per il loro grado d'immaturità, in seguito a che moltissimi o muoiono lungo il travaglio, o nati asfittici, difficilmente ritornano in vita. Se la mortalità nel 7.° mese è adunque in apparenza superiore a quella dell'8.°, in realtà essa non è tale perchè legata a delle circostanze speciali che la favoriscono. Anche per i feti vivi si hanno i medesimi risultati: il maggior numero di essi si riscontra all'8.° mese mentre a termine non figurano che in minima quantità.

Se vogliamo ora fare un calcolo degli asfittici (riavuti e nR) e dei Mtr. abbiamo, escludendo i Pr.:

AR	a termine	(178 feti)	67 feti	= 37, 07 0[0
	8 mesi	(43 »)	28 »	= 65, 1 »
	7 »	(25 »)	6 »	= 24 »

AnR	a termine	22 0[0	M. tr.	a termine 11, 2 0[0
	8 mesi	9 »		8 mesi 4, 6 »
	7 »	16 »		7 » 12 »

Il maggior numero di AR si notano all'8.° mese e ciò in rapporto col minor numero di AnR e di Mtr. che si hanno alla stessa epoca. Ciò perchè la massima parte dei feti, che invece di morire in travaglio nascono asfittici, non si trovano in condizioni tali da non poter più essere richiamati in vita. Gli asfittici non riavuti raggiungono la percentuale più alta nei feti a termine.

Tutto adunque conferma, escludendo i feti settimestri pei quali intervengono altre circostanze, che la prognosi è molto più favorevole quanto più dal termine della gravidanza ci avviciniamo all'8.° mese. Due parole relativamente alla prognosi dei feti che appartengono al 2.° gruppo (dal 6.° mese in giù).

In tutto feti N. 43:

V N. 4

A » 4 { 1 R, 3 nR cioè } V 5, M 38

M » 35 { 35 Pr. }

N. 43

Togliendo i 35 premorti:

Feti N. 8 { V 5, M 3 } = 37.5 0[0]

N. 8

La mortalità in questo caso è maggiore che nella prima serie (29. 6 0[0]) e se ne capisce facilmente il perchè.

Secondo la primiparità e pluriparità.

Ipare feti Pr. 10.

Pluripare V 4

A 4 { 1 R, 3 nR cioè } V 5, M 28 donde, togliendo i 25 premorti,

M 25 { 25 Pr. }

Feti 8 { V 5, M 3 } = 37.5 0[0]

N. 8

Passo oltre sulle particolarità che vi si riferiscono e riporto solo il calcolo complessivo del 6.°, 5.° e 4.° mese indipendentemente dalla primiparità e pluriparità.

	V	A		M	
		R	nR	tr.	Pr.
6.° mese .	4	1	2	—	21
5.° » .	—	—	1	—	9
4.° » .	—	—	—	—	5
	4	1	3	—	35

Parlando della prognosi del parto podalico non si può fare a meno di considerarla anche in rapporto al peso del feto. A questo riguardo le cifre che saremo per esporre sono ricavate da un totale di 319 feti, poichè di 29 non si conosce nè il peso nè la lunghezza e di uno s'ignorava lo stato di salute. Ho considerato dapprima i soli feti il di cui peso oltrepassa i 1500 gr. e ne ho potuto raccogliere 249 (gli altri 70 al disotto di 1500 gr.), dei quali 146 V e 103 M, compren-

dendo fra i primi gli AR e tra i secondi gli AnR e i Pr. Togliendo 36 Pr. si ha:

$$\text{Feti N. } \frac{213 \begin{cases} \text{V } 146 \\ \text{M } \ \ 67 \end{cases} = 31.4\ 0_{|0}}{\text{N. } 213}$$

Dalle tavole dell'Inverardi (10), su 314 feti, se ne possono eliminare 64 al di sotto di 1500 gr.: ne rimangono 250 che oltrepassano questo peso, dai quali, togliendo 23 premorti, se ne hanno 227. Su questi 227 feti 70 morirono in travaglio o subito dopo; la percentuale è quindi di 31 $0_{|0}$ circa. Relativamente alla mortalità dei feti che offrono un peso superiore ai 1500 gr. le Cliniche di Torino e di Pavia dànno adunque gli stessi risultati. Non facciamo nessun confronto con la statistica del Porak (55), quantunque basata esclusivamente su feti al di sopra di 1500 gr. La percentuale del 31.4 subisce poi qualche modificazione secondo che si tratti di primipare o di pluripare. Nelle prime, come al solito, essa scende a 26.7 $0_{|0}$:

$$\text{Feti, esclusi 17 pr., N. 101} \begin{cases} \text{V } 74 \\ \text{M } 27 \end{cases} = 26.7\ 0_{|0}$$

nelle seconde raggiunge il 35.7 $0_{|0}$:

$$\text{Feti, esclusi 19 pr., N. 112} \begin{cases} \text{V } 72 \\ \text{M } 40 \end{cases} = 35.7\ 0_{|0}$$

La media della mortalità nei feti al di sopra dei 1500 gr. non dà un giusto criterio del pronostico in rapporto all'influenza che esercita il peso sulla vita del feto che nasce pel podice, giacchè nel complesso dei 249 casi or ora riportati si comprende una graduazione estesa di feti diversamente sviluppati, pei quali la mortalità non potrà essere sempre identica. Per tale ragione ho diviso il mio materiale in due serie: feti al disotto di 2500 gr. e feti al di là di 2500 gr., ritenendo che questo peso, per eccesso o per difetto possa influire grandemente e più di ogni altro sul procento della mortalità fetale.

Feti al di sopra di 2500 gr. (esclusi i premorti): N. 126, dei quali 42 tra AnR e Mtr. = 33 $0_{|0}$. A termine di gravidanza si hanno su 116 feti 41 M (AnR e Mtr.) = 35.3 $0_{|0}$, all'8.° mese su 10 feti 1 M (10 $0_{|0}$).

Feti al di sotto di 2500 gr. (esclusi i premorti): N. 100, di cui 11

tra AnR e Mtr. = 11 0[0. A termine di gravidanza si ha 1 AnR su 46 feti vivi al momento del travaglio, ciò che equivale al 2. 1 0[0. Queste cifre dimostrano come la mortalità sia estremamente grave oltre i 2500 gr., e come invece essa sia minima nei feti al di sotto di 2500 gr. diventando quasi nulla al 9.° mese. La percentuale che si riferisce al primo di questi gruppi (33 0[0) è di gran lunga superiore a quella riportata dal Mangiagalli (2) (22. 5 0[0) per gli stessi casi.

Per finire darò uno schema dello stato di salute dei singoli feti in rapporto al loro peso, al mese della gravidanza e alla Iparità e pluriparità. Dei numeri stampati in piccolo la prima riga appartiene alle Ipare, la seconda alle pluripare; gli altri al complesso dei casi.

A TERMINE	V	A		M	
		R.	nR.	Pr.	tr.
1000-1500 gr. . .	1 $\frac{1}{-}$	1 $\frac{-}{1}$	—	1 $\frac{-}{1}$	—
1500-2000 » . .	1 $\frac{-}{1}$	4 $\frac{2}{2}$	1 $\frac{1}{-}$	—	—
2000-2500 » . .	9 $\frac{6}{3}$	13 $\frac{8}{5}$	10 $\frac{3}{7}$	8 $\frac{4}{4}$	6 $\frac{3}{3}$
2500-3000 » . .	16 $\frac{8}{9}$	22 $\frac{11}{11}$	12 $\frac{4}{8}$	3 $\frac{2}{1}$	2 $\frac{1}{1}$
3000-3500 » . .	14 $\frac{6}{8}$	14 $\frac{9}{5}$	10 $\frac{4}{6}$	2 $\frac{1}{1}$	6 $\frac{3}{3}$
3500-4000 » . .	3 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{5}$	6 $\frac{2}{4}$	2 $\frac{1}{1}$	3 $\frac{1}{2}$
Sopra 4000 » . .	1 $\frac{-}{1}$	—	1 $\frac{1}{-}$	—	1 $\frac{-}{1}$
(1)	45	62	40	16	18
		102		34	

Escludendo dal calcolo i Pr., si può dire che in genere il maggior numero di feti che sopravvivono al parto (V e AR) pesano da 2500 a 3000 gr., quantunque la massima parte dei soli feti vivi oscilli dai 3000 a 3500 gr. Vengono poi quelli da 3000 a 3500 e in ultimo gli altri da 2000 a 2500 e da 3500 a 4000. Di 3 feti sopra 4000 gr. 2 morirono

(1) Sono escluse da tutte le tabelle i 30 feti di cui sopra ho parlato e i 3 a termine, appartenenti a donna di cui non si sa il numero delle gravidanze.

(1 lungo il travaglio e 1, nato asfittico, non si riebbe). I feti asfittici aumentano di numero quanto più elevato è il loro peso. Nelle Ipare e nelle pluripare considerate a parte, la vitalità massima si riscontra dai 2500 ai 3000 gr.

Per maggiori particolari aggiungo questo piccolo quadro in cui son compendiate, sotto forma di percentuali, le cifre antecedenti:

	0[0 feti V (V e AR)	Ipare	Plurip.
2000-2500 gr. . .	59 0[0	70 0[0	44 0[0
2500-3000 » . .	73 »	79 »	67 »
3000-3500 » . .	63 »	68 »	59 »
3500-4000 » . .	55 »	57 »	53 »

Anche qui appare evidente che, ad egual peso, i feti nati da Ipare vivono in maggior numero che quelli delle pluripare.

8.° MESE	V	A		M	
		R.	nR.	Pr.	tr.
sino a 1500 gr. .	—	$3\frac{2}{1}$	$1\frac{1}{-}$	$2\frac{-}{2}$	—
1500-2000 » .	$4\frac{1}{3}$	$6\frac{5}{1}$	$2\frac{-}{2}$	$4\frac{2}{2}$	—
2000-2500 » .	$2\frac{2}{-}$	$12\frac{7}{5}$	$1\frac{-}{1}$	$7\frac{3}{4}$	$1\frac{-}{1}$
2500 3000 » .	$3\frac{2}{1}$	$6\frac{-}{6}$	—	—	$1\frac{1}{-}$
	9	27	4	13	2
		31		15	

Quadro delle percentuali relative (esclusi i Pr.):

	0[0 Feti V (V e AR)	Ipare	Pluripare
1500-2000 gr. . .	83. 3 0[0	100 0[0	66. 6 0[0
2000-2500 » . .	87. 5 »	100 »	71. 4 »
2500-3000 » . .	90 »	66. 6 »	100 »

Il maggior numero dei feti V. si ha da 2000 a 2500 gr. Il confronto fra i risultati delle Ipare e pluripare conduce alle conclusioni già accennate.

7.° MESE	V	A		M	
		R.	nR.	Pr.	tr.
500-1000 gr. . .	$1\frac{}{1}$	—	—	$3\frac{}{3}$	—
1000-1500 » . .	$3\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$	$8\frac{5}{3}$	—
1500-2000 » . .	$6\frac{3}{3}$	$1\frac{}{1}$	$1\frac{}{1}$	$6\frac{3}{3}$	$1\frac{1}{}$
2000-2500 » . .	—	$1\frac{}{1}$	—	$2\frac{}{2}$	$2\frac{2}{}$
2500-3000 » . .	—	—	—	$1\frac{}{1}$	—
	10	5	4	20	3
		9		3	

Quantunque le percentuali non possano in questo caso avere un grande valore atteso lo scarsissimo numero dei feti, tuttavia non credo sia fuori di luogo il trascriverle:

	0/0 Feti V (V e AR)	Ipare	Pluripare
1000-1500 gr. . .	66. 6 0/0	66. 6 0/0	66. 6 0/0
1500-2000 » . .	77. 7 »	75 »	80 »
2000-2500 » . .	33 »	0 »	33 »

Il maggior numero dei feti vivi si avrebbe da 1500 a 2000 gr. e nelle pluripare.

Tralascio i feti al di sotto del 7.° mese perchè da quest'epoca in giù interessa poco il rapporto tra peso e mortalità.

Il pronostico fetale del parto podalico si deve anche considerare nelle singole varietà della presentazione e possibilmente anche nelle diverse posizioni. Terrò conto a questo riguardo di soli 302 casi, escludendone 47 dalla cifra totale, perchè appartenenti a feti di cui non si conosce la varietà della presentazione e la posizione o nati al

di sotto del 6.° mese. Ho voluto dapprima vedere se la presentazione podalica completa offra una mortalità maggiore dell'incompleta e viceversa; escludendo dal calcolo i feti premorti (N. 68), si è ottenuto:

Presentazione podalica completa:

$$\text{Feti N. } 38 \begin{cases} \text{V. } 30 \\ \text{M. } 8 \end{cases} = 21\ 0_{[0}$$

38

Presentazioni podaliche incomplete (complessivamente considerate):

$$\text{Feti N. } 196 \begin{cases} \text{V. } 132 \\ \text{M. } 64 \end{cases} = 32.6\ 0_{[0}$$

» 234 196

Da ciò si ricaverebbe che le presentazioni podaliche incomplete sono di una prognosi più grave che le complete.

Se diamo uno sguardo a tutte le varietà della stessa presentazione possiamo rilevare:

PODICE COMPLETO.

Feti V. N. 15

» A. » 20 { 15 R. / 5 nR. donde, esclusi i 14 Pr.: Feti N. 38 { V. 30 / M. 8 = 21 0[0

» M. » 17 { 14 Pr. / 3 Mtr.

N. 52

PODICE INCOMPLETO VARIETÀ NATICHE.

Feti V. 41

» A. 99 { 66 R. / 33 nR.

» M. 61 { 47 Pr. / 14 Mtr. cioè: Feti N. 154 { V. 107 / M. 47 = 30.5 0[0

201

VARIETÀ PIEDI.

Feti V. 7

» A. 10 { 8 R. / 2 nR. da cui: Feti N. 20 { V. 15 / M. 5 = 25 0[0

» M. 7 { 4 R. / 3 Mtr.

24

VARIETÀ GINOCCHI.

Feti V. 1
» A. 2 { nR. } cioè a dire: Feti N. 4 { V. 1
» M. 2 { 1 Pr. 1 Mtr. } M. 3 = 75 0[0

VARIETÀ MISTA.

Feti V. 2
» A. 15 { 7 R. 8 nR. } donde: Feti N. 18 { V. 9
» M. 3 { 2 Pr. 1 Mtr. M. 9 = 50 0[0

In base a queste cifre potremmo dire che la presentazione podalica completa offre al feto un maggior numero di probabilità per la sua sopravvivenza e che la mortalità cresce invece gradatamente nella varietà piedi, nella natiche, nella mista e nella ginocchi. Se stiamo al procento degli asfittici (completa 52. 6 0[0, natiche 64. 2 0[0, piedi 50 0[0, mista 83. 3 0[0, ginocchi 50 0[0) constatiamo pure che la varietà natiche e la mista ne contengono un maggior numero, mentre degli asfittici in genere se ne rianimano in quantità superiore alle altre nella presentazione podalica completa e nella varietà piedi. I miei risultati si accordano esattamente con quanto è stato detto in questi ultimi tempi dalla maggior parte dei trattatisti e specialmente dal Tarnier (29) e dallo Charles (34): al podice completo, secondo questi autori, si deve la prognosi più favorevole nel parto per l'ovoide pelvico e ciò in seguito all'atteggiamento proprio del feto, di cui le natiche e gli arti inferiori presi insieme costituiscono il mezzo più efficace per dilatare la bocca uterina. Relativamente al pronostico nelle altre varietà, taluni ritengono ch'esso sia più grave nella presentazione delle natiche sole perchè, secondo il concetto di Tarnier, gli arti sollevati agiscono come due assicelle che rendono il feto simile ad un corpo rigido, e impediscono che s'infletta nello scavo e ne segua il rispettivo asse. Altri vogliono che la varietà meno compatibile con la vita del feto sia quella di piedi o di ginocchia, nella quale gli arti inferiori che escono pei primi non costituiscono un polo così voluminoso da dilatare a sufficienza la bocca

uterina per il successivo passaggio delle spalle e della testa e da distendere il perineo a quel modo che è necessario per il normale compimento del 6.° tempo. Dubois riteneva che il parto per le natiche fosse più favorevole di quello pei piedi e la Lachapelle (30) aveva già dato il rapporto di un caso di mortalità su 8 1[2 nella varietà natiche, di 1 su 6 1[2 nella varietà piedi e di 1 su 4 1[2 nella varietà ginocchi. In questi ultimi anni il Porak (55) ha trovato:

Su 27	presentaz.	podal.	complete.		13	interv.	con	2 M =	7.4 0[0
» 37	»	»	incompl.	var. natiche	15	»	»	2 M =	5.4 »
» 3	»	»	»	» ginocchi	3	»	»	1 M =	33.0 »
» 8	»	»	»	» piedi	6	»	»	2 M =	25.0 »

le quali cifre starebbero a dimostrare che la prognosi è più grave allorquando gli arti sono abbassati che quando sono rialzati. Senza negare a questi risultati il valore che loro spetta, non possiamo tuttavia fare a meno di considerare le varietà incomplete come più dannose per la vita del feto di quanto lo possono essere le complete, e la varietà natiche come una tra le più gravi.

Se consideriamo il pronostico delle varietà in rapporto all'epoca della gravidanza, ne avremo la prova indiretta. Mentre nella presentazione podalica completa la mortalità massima è a termine di gestazione e scende a zero all'8.° mese, nella varietà piedi la percentuale dei feti morti è considerevole anche all'8.° mese e nella varietà natiche è sempre alta anche coi feti settimestri. Infatti:

	A TERMINE	8 MESI	7 MESI
Presentaz. podal. completa	Feti 20 { V. 15 / M. 5 = 25 0[0	Feti 10 { V. 10	—
Varietà natiche	Feti 117 { V. 80 / M. 37 = 31 »	Feti 21 { V. 16 / M. 5 = 23 0[0	Feti 14 { V. 10 / M. 4 = 28 0[0
Varietà piedi	Feti 14 { V. 11 / M. 3 = 21 »	Feti 3 { V. 2 / M. 1 = 33 »	—

Da questa tabella sono stati esclusi tutti i Pr.

La prognosi delle varietà in rapporto alla Iparità o pluriparità è la seguente:

		V	A R.	A nR.	M tr.	M Pr.			V	M	0[0 M
Presentazione podalica completa	Ipare 20	4	8	2	2	4	da cui, togliendo i premorti,	Ipare 16	12	4	25 0[0
	Plurip. 32	11	7	3	1	10		Plurip. 22	18	4	18.1 »

		V	A R.	A nR.	M tr.	M Pr.			V	M	0[0 M
Varietà natiche	Ipare 101	23	36	13	8	21	da cui, come al solito,	Ipare 80	59	21	26.2 0[0
	Plurip. 100	18	30	20	6	26		Plurip. 74	48	26	35.1 »

		V	A R.	A nR.	M tr.	M Pr.			V	M	0[0 M
Varietà piedi	Ipare 12	3	5	1	1	2	cioè	Ipare 10	8	2	20 0[0
	Plurip. 12	4	3	1	2	2		Plurip. 10	7	3	30 »

		V	A R.	A nR.	M tr.	M Pr.			V	M	0[0 M
Varietà mista	Ipare 8	2	3	2	1	—	ovvero	Ipare 8	5	3	37.5 0[0
	Plurip. 12	—	4	6	—	2		Plurip. 10	4	6	60 »

Secondo queste cifre si dovrebbe credere che nelle presentazioni podaliche incomplete (qualunque varietà) la prognosi sia più sfavorevole nelle pluripare, fatto a cui non so quanta importanza attribuire, molto più che nella varietà piedi, ad es. la Iparità è senza dubbio causa precipua della morte del feto. Per le presentazioni podaliche complete, invece, la mortalità massima si avrebbe nelle Ipare.

Un ultimo accenno intorno alla mortalità fetale riferita alle singole posizioni e specialmente alla SA e DP. Facendo un calcolo complessivo della SA e DP appartenenti a tutte le varietà, si è ottenuto, senza contare i feti Pr.:

SA 124 Feti { V. 37 / A. 78 { 47 R. / 31 nR. / Mtr. 9 } N. 124 — donde: Feti 124 { V. 84 / M. 40 = 32.2 0[0

DP 76 Feti { V. 19 / A. 46 { 31 R. / 15 nR. / Mtr. 11 } N. 76 — cioè: Feti 76 { V. 50 / M. 26 = 34.2 0[0

La SA com' è risaputo, offre meno pericoli che la DP per la vita del feto. Lo stesso dicasi per tutte le varietà da cui queste cifre sono ricavate. Così ad es., nel podice completo e nella varietà natiche si osserva, tolti i Pr.:

P. Completa.		Var. Natiche.	
SA Feti N. 23	V. 18 / M. 5 = 21.7 0[0	SA Feti N. 84	V. 59 / M. 25 = 29.7 0[0
DP Feti N. 7	V. 5 / M. 2 = 28 »	DP Feti N. 53	V. 35 / M. 18 = 36.3 0[0

Per la DA e la SP ho pochi dati che possano valere. Da essi risulterebbe che queste due posizioni danno un pronostico molto più lieto che la SA e la DP prese insieme, e che la SP offre una mortalità inferiore a tutte le altre. Ripeto, questi dati sono insufficienti e li accenno solo a titolo di curiosità, non volendo far credere che le mie cifre contraddicano quanto in ostetricia si è sempre sostenuto a questo proposito, a cominciare dalla Lachapelle (30). La Iparità e la pluriparità dànno in rapporto a queste posizioni gli stessi risultati che abbiamo indicato per le diverse varietà.

Da tutto quanto abbiamo finora esposto appare chiaramente che in ogni caso la prognosi fetale è abbastanza infausta. Tutti gli autori, anche quelli che non si accordano con le percentuali da noi

riferite, sono compresi da questa gravità ed esaminano partitamente le varie cause che accentuano in modo così spiccato il pronostico del feto che si presenta pel podice. Queste cause si potrebbero riassumere in unica parola: l'asfissia a cui il feto va incontro per gli accidenti che tanto spesso insorgono lungo il travaglio. Abbiamo visto infatti, oltre ai casi di procidenza del funicolo, di giri di cordone attorno al collo, di procidenze di arti superiori, di eccessive obliquità fetali, ecc., ecc. una quantità grande di anomalie relative ai diversi tempi del meccanismo del parto, quali ad es. gli arresti di progressione, i disturbi della rotazione interna, gli innalzamenti e gli sbarramenti degli arti superiori, le esagerate resistenze dell'estremo cefalico, senza tener conto della compressione del funicolo tra corpo fetale e filiera pelvi-genitale, che in grado più o meno elevato si riscontra in tutti i parti per l'ovoide podalico. Tutti questi fattori, che agiscono o prolungando la durata del parto o interrompendo direttamente la circolazione cardio-placentare, debbono produrre in un tempo più o meno lungo l'asfissia del feto o anche la morte di esso lungo il travaglio. E qui non abbiamo fatto parola della retrazione dell'utero la quale, se non distacca precocemente la placenta, ne diminuisce la superficie del campo vascolare nella sede d'attacco e ne comprime il tessuto tra parete uterina e testa fetale. Anche in tal caso, e ne abbiamo riportati parecchi esempi, la vita del feto è oltremodo compromessa. Nessuna meraviglia adunque se il pronostico è tanto grave, dati gli elementi su cui esso si fonda nel maggior numero dei casi. Basta a tale riguardo esaminare di sfuggita il procento della mortalità fetale che si è notato in parecchie di queste anomalie. Su 21 casi di giri di cordone attorno al corpo del feto si è avuto, facendo un calcolo complessivo,

$$\text{Feti} \begin{cases} \text{V } 14 \\ \text{M } 6 \end{cases}$$

cioè a dire il 30 0[0 di quest'ultimi. La mortalità è stata massima nel caso di giri attorno al collo e al tronco o alle estremità inferiori (su 3 feti 1 AR e 2 Mtr.): minima nelle semplici circolari del collo.

La procidenza del cordone fa perdere la vita al 68.7 0[0 dei feti in presentazione podalica; su 20 casi trovo segnato:

$$\begin{array}{l} \text{V. } 1 \\ \text{A. } 12 \begin{cases} 4 \text{ R.} \\ 8 \text{ nR.} \end{cases} \end{array} \quad \text{cioè, togliendo i Pr., Feti} \begin{cases} \text{V. } 5 \\ \text{M. } 11 = 68.7\ 0[0 \end{cases}$$

M. 7 { 3 Mtr.
4 Pr.

Relativamente alla procidenza degli arti superiori il pronostico si aggrava:

Su 8 feti si ha { V 2
M 6 = 75 0[0.

Infatti negli 8 casi il feto è nato sempre asfittico: si è riavuto due sole volte (procidenza del braccio in una pluripara e della mano in una Ipara), non si è riavuto nelle altre 6. In due di questi casi, in cui contemporaneamente si è osservato procidenza di arti e di cordone ombelicale (2 DP natiche e completa), i 2 feti sono nati asfittici e non si sono riavuti.

Le obliquità fetali hanno dato i seguenti risultati:

V. 1
A. 8 { 5 R. / 3 nR. cioè, Feti 10 { V. 6 / M. 4 = 40 0[0
M. 1 Mtr.

Alla stessa percentuale si arriva per gli innalzamenti e gli sbarramenti degli arti inferiori: in 5 casi in cui s'innalzarono o si sbarrarono entrambi gli arti si ebbero 2 feti vivi e 3 asfittici, 2 dei quali riavuti, in altri 5 casi in cui si sollevò un braccio solo 3 feti nacquero asfittici di cui 2 si riebbero e 2 morirono in travaglio.

Allorquando la testa incontra per venire all'esterno delle esagerate resistenze la mortalità fetale si accresce notevolmente. Se teniamo conto dei soli 23 casi, che in altro punto del lavoro ho riportato a tale proposito, si ha:

Feti V. 2
» A. 12 { 4 R. / 8 nR. e togliendo i Pr., Feti N. 20 { V. 6 / M. 14 = 70 0[0
» M. 9 { 6 Mtr. / 3 Pr.

E questi non sono tutti i casi pei quali è stato necessario l'intervento. Se poi riscontriamo quelli a cui ho accennato relativamente alle anomalie della rotazione e dell'espulsione delle spalle e della testa, vediamo come tutti i feti che vi si riferiscono sono morti in travaglio o,

nati asfittici, non è stato possibile, ad eccezione di uno solo, richiamarli in vita. Inutile dire che qui non figurano i Pr. ed i mostruosi.

Non si può neanche omettere il distacco precoce della placenta, per il quale, altrove, ho riportato una frequenza del 10.7 0[0 e che ha dato un buon numero di AnR.

Si potrebbero considerare anche i casi di presentazione podalica con placenta previa in cui tutti i feti, eccettuato uno anencefalo, morirono in travaglio o non si riebbero dallo stato profondo di asfissia.

Nell'inerzia dell'utero, non tenendo conto dei Pr., si ebbe una mortalità del 54.5 0[0:

$$\text{Feti V 2; A 7} \begin{cases} 3\ \text{R} \\ 4\ \text{nR} \end{cases}\text{; Mtr. 2}$$

Potrei ancora occuparmi di tutti gli altri casi che ho citato nel meccanismo del parto podalico se queste cifre non fossero così eloquenti. Si tratta sempre di una percentuale elevata e di gran lunga maggiore di quella del 29.92 0[0 ricavata dal complesso dei feti che nascono pel P (esclusi i Pr.), nel novero dei quali son compresi anche quelli che lungo il travaglio non hanno presentato nulla di anormale.

E questo non è tutto. Ai casi in cui la mortalità si aggrava pel solo fatto dell'anomalia che non richiede sempre l'opera dell'ostetrico, si debbono aggiungere gli altri in cui la prognosi fetale si fa più triste per l'intervento dell'arte. La cifra dei parti spontanei e degli artificiali dimostra già quanto pericolo corra la vita dei feti, dei quali circa la metà vengono all'esterno in seguito ad aiuti manuali o strumentali; in tal caso, oltre alle condizioni speciali del feto che determinano l'intervento, si deve anche tener conto del risultato ultimo dell'atto operativo. Dei miei 349 parti podalici 165 si allontanarono dalle solite condizioni fisiologiche e su questi 165 fu giocoforza intervenire manualmente o strumentalmente; 148 furono del tutto normali. Fra i 165 parti non fisiologici sono annoverati i casi di placenta previa; non figurano i parti prematuri provocati dei quali diremo in ultimo poche parole. Secondo le nostre cifre si avrebbe quindi il 52 0[0 di parti spontanei. Questi nostri risultati si accordano in certo qual modo con quelli del Porak (55), secondo il quale, su 108 casi di presentazione podalica, 49 volte il parto potè essere considerato come spontaneo e 59 volte come artificiale, donde pei primi la frequenza del 41.6 0[0. Nei 49 parti spontanei si ebbe un sol feto morto il quale, a dire del Porak, sarebbe pro-

babilmente morto se anche si fosse presentato pel vertice; nei 59 artificiali nacquero morti 8 feti, qualcuno di essi morì lungo la prima giornata. Truzzi (11) nei soli 218 casi di parto a termine o vicino a tale epoca, ne riporta 141 in cui fu necessario l'intervento, nella proporzione cioè del 64. 6 0[0. All'infuori della statistica del Porak e del Truzzi non ne troviamo altre che ci diano una percentuale così elevata di parti artificiali. Il Baudelocque (19), ad es. di 198 feti presentatisi pel podice completo o in varietà natiche ne vide nascere 176 senza alcun soccorso straordinario, e di 147 presentatisi pei piedi 136 non offrirono anomalia alcuna. Su 345 casi in genere si ebbero adunque 312 parti spontanei e 33 artificiali, cioè a dire il 9. 8 0[0 di quest'ultimi (1 artificiale su 9. 4 spontanei). La Boivin (25) vide nascere spontaneamente 567 feti in 611 presentazioni podaliche (341 natiche, 222 piedi e 4 ginocchi), artificialmente 44 (32 natiche, 12 piedi) il che corrisponde al 7. 2 0[0. Pastorello (74) riporta su 80 presentazioni di podice 50 parti spontanei con 12 feti morti e 38 vivi: fra i 30 artificiali considera 13 casi di estrazione in cui 4 soli feti si mantennero in vita. I parti artificiali ammonterebbero quindi al 37. 4 0[0. Da queste cifre il Pastorello trae argomento per concludere « che in generale poco si guadagna per la vita del feto quand'esso è presentato con l'estremità addominale, coll'effettuarne o facilitarne la sortita con atti operativi. » Il Belluzzi (14), considerando i feti ottimetri e nonimestri — 36 — (dei quali 18 all'8.° mese e 10 a termine) trova 10 parti artificiali (2 all'8.° mese e 8 al 9.°) equivalenti, cioè, al 27. 7 0[0. Dall'Inverardi (10), facendo il calcolo sui soli feti con un peso maggiore di 1500 gr. e togliendo i Pr., si possono ricavare 203 parti spontanei e 24 artificiali: nel primo caso si contano 58 feti tra morti in travaglio e AnR, nel secondo 12. I parti artificiali rappresenterebbero quindi il 10. 5 0[0 del numero complessivo.

Volendo anche ritenere come esagerate le cifre nostre e del Porak, esagerazione senza dubbio in rapporto all'indirizzo scientifico della Clinica, resta sempre dimostrato che il parto artificiale è frequentissimo nella presentazione di podice, specialmente se stiamo a quanto dice il Depaul (33) sugli interventi nel parto pel vertice che non supererebbero in tal caso la cifra del 5 0[0. Data questa frequenza del parto artificiale, il pronostico fetale non può essere che grave come risulta anche dalle osservazioni sopra citate del Pastorello, dell'Inve-

rardi e del Porak. Anche dai nostri casi si rileva lo stesso fatto. Non considerando i premorti, la mortalità dei feti nei parti spontanei è soltanto del 16 0[0 circa, mentre nei parti artificiali è del 47. 4 0[0, avendo trovato su 111 feti vivi al momento del travaglio 20 V, 71 A, dei quali 38 R, 33 nR e 20 M, cioè a dire V 58 e M 53. Questa media della mortalità fetale in seguito all'intervento è presso a poco quella che si riscontra in ogni atto operativo. Così nell'estrazione manuale si ha il 46. 8 0[0 di feti morti, nell'estrazione delle sole spalle il 66 0[0, della testa il 42 circa, nell'applicazione di forcipe sulla testa ultima il 66 0[0, ecc. ecc. Ma di tutto ciò parlerò più estesamente in seguito. Per ora basta aggiungere che la percentuale più elevata si ha nella estrazione del segmento sopra-ombelicale del feto.

Un'ultima parola, per quel poco che possa valere, sul parto spontaneo e artificiale considerato in rapporto alla Iparità o multiparità. Su 139 casi in cui l'intervento ostetrico fu assolutamente necessario, si notarono 66 Ipare e 73 pluripare, val quanto dire che il parto artificiale è più frequente nelle seconde che nelle prime. Nella sola estrazione manuale si ebbero 27 Ipare e 42 pluripare. Non ho trovato casi identici nelle altre statistiche. Solo il Porak (55), il quale riporta 28 interventi in 45 Ipare e 31 in 63 multipare, accenna alla grande frequenza del parto artificiale nelle pluripare relativamente alle Ipare; secondo le cifre dell'Inverardi (10) si avrebbe invece 12 atti operativi sopra 74 Ipare a 12 su 129 multipare.

Chiudiamo questo capitolo della prognosi fetale col ricordare che il parto pel podice, specialmente in seguito ad interventi, può causare sul corpo del feto qualche lesione delle parti molli o del sistema scheletrico, dalle quali non si può fare astrazione nel valutare l'entità del pronostico. Quantunque l'Inverardi (10) non abbia trovato un sol caso di questo genere nei 314 da lui riferiti, tutti gli autori ne riportano un discreto numero, come ad es. Porak (55) (2 feti con lesioni del midollo spinale, uno con frattura dell'omero e uno del femore), Belluzzi (14) e Mangiagalli (2) (contusioni delle parti molli, frattura del femore), Landouzy (121), Nadaud (122), Varnier (123) (paralisi faciale periferica), Stromayer, Diffenbach, Schauta, Küstner, Ruge, Ducourneau, Koettnitz (16) (*caput osticum*, lesioni in genere), ecc., ecc. Zacke (124), su 36 lesioni scheletriche osservate in 100 bambini morti subito dopo la nascita, ne vide 23 in seguito ad estrazione podalica.

I casi da noi osservati a tal riguardo sono i seguenti:

1.° Frattura del femore al 3.° superiore in seguito ad uncinazione digitale dell'inguine anteriore. Il feto era settimestre e di 1820 gr.; era nato (AR) da pluripara in varietà natiche SP.

2.° Contusione e distacco della cute mortificata in corrispondenza ad un inguine uncinato strumentalmente. Pluripara con feto a termine di 3446 gr. che si presenta in varietà natiche SP con inclinazione pelvica spiccata; nasce asfittico e poco dopo si rianima.

3.° Ecchimosi della mano destra per compressione di essa tra testa fetale e pube della madre. Pluripara, feto a termine di 2919 gr. in varietà natiche DA. Lungo il travaglio avviene il sollevamento del braccio destro. Il feto nasce asfittico e ritorna in vita.

4.° Frattura dell'omero sinistro al 3.° inferiore nella riduzione di entrambi gli arti rialzati. Pluripara, feto a termine (AR) di 3510 gr. in varietà mista SA.

5.° Forte depressione del parietale destro e abnorme sporgenza del sinistro. Bozza occipitale tutta deviata verso destra. Trattavasi di un feto di 3290 gr. appartenente ad una Ipara, e che si presentava in varietà natiche SP. La deformazione della testa ebbe luogo per l'innalzamento di entrambi gli arti lungo il travaglio e pel ritardo avvenuto nella loro riduzione. AR.

6.° Deformazione nei tratti del viso, costituita da un notevole abbassamento convulsivo del labbro inferiore, che nell'atto del pianto era attratto in basso e verso sinistra. Feto vivo, di 2885 gr. nato da Ipara all'8.° mese. Estrazione manuale della testa.

7.° Frattura della mandibola. Feto di 1480 gr. AnR, nato da pluripara al 7.° mese. Estrazione manuale della testa.

Queste le lesioni in genere che si ebbero nei feti asfittici o vivi, il maggior numero delle quali (1, 2, 4, 6 e 7) in seguito ad interventi operativi incruenti. Fra tutti questi casi non vi è che quello della lesione del faciale che meriterebbe un esame accurato. Mentre nella presentazione di vertice si riscontra parecchie volte questo fatto spiegato con la compressione intrapelvica del VII da parte dell'ischio [Kennedy (125)] del promontorio [Rouland (126), Nadaud (122)] e del pube [Kennedy (125)] o col risentimento della zona corticale [Labat (127)], nella presentazione di podice non è molto frequente e la genesi, nella maggioranza dei casi in cui nessuna anomalia si è riscontrata lungo il

travaglio, rimane oscura. Nella nostra osservazione mancano i dati che valgano a spiegarcela. A questo proposito è istruttivo il caso del Varnier (123): Ipara, 17 anni, che partorisce pel podice in SIDP un feto di 3050 gr. Esso nasce coi soliti disturbi del faciale e l'autore vuole che ciò si debba all'atteggiamento proprio del feto entro l'utero, essendo la testa inclinata sulla spalla posteriore, in modo da subire una compressione enorme in corrispondenza della regione parotidea sinistra. Anche il caso della frattura della mandibola non è molto frequente.

Prognosi materna. — Mi fermerò pochissimo sulla prognosi materna che, come ho detto precedentemente, è ritenuta da tutti gli autori identica per gravità a quella del parto pel vertice. Basta quindi un semplice accenno dei casi da me raccolti senza intrattenermi sulla patologia del puerperio, dal momento che essa è comune a tutte le presentazioni in genere. Facendo due categorie dei puerperî, normale e morboso, si ha:

Puerperî normali	N. 250	
» morbosi	» 87	69 seguiti da guarigione 18 » » morte
Non è segnato il decorso del puerperio in	12	casi
	N. 349	

Nel raccogliere il numero complessivo dei puerperî morbosi, non si è tenuto conto di certe malattie insorte accidentalmente e senza alcun rapporto col puerperio stesso, quale ad es. un ascesso della guancia, un idrarto, una sciatica, ecc., comparse quando la donna stava per uscire dalla Clinica. Nei puerperi morbosi, oltre alle affezioni esclusivamente puerperali, si sono annoverate anche quelle che sono insorte in gravidanza e che, dopo il parto, hanno continuato nel loro decorso (pleurite essudativa, catarro bronchiale, nefrite, ecc.) Si è pure aggiunto un caso di mastite suppurata.

I 18 casi di morte sono dovuti: 9 volte ad infezione puerperale — 2 volte ad emorragia da placenta previa — 1 volta a peritonite settica per taglio cesareo — 6 volte a malattie diverse (pleurite essudativa, catarro bronchiale diffuso, sclerema, apoplessia cerebrale, anemia perniciosa progressiva, nefrite).

Da questi dati generali non si può ricavare alcun costrutto, perchè di tutti i casi che appartengono allo schema sopracennato una

sola parte si riferisce al periodo antisettico. Ho diviso perciò questi puerperî in un primo gruppo che li comprende fino al 1870, periodo d'inazione, e in un secondo che raccoglie tutti quelli che dal 1870 vanno al 1895. In tal modo si avrebbe:

Prima del 1870, N. 208:

Puerperî normali	N. 148	
» morbosi	» 59	49 con guarigione 10 » morte
Non è segnato il decorso del puerperio	1 volta	

La morte è avvenuta 7 volte in seguito ad infezione puerperale, 1 volta per emorragia da placenta previa, 1 volta per peritonite settica dopo taglio cesareo e 1 volta per apoplessia cerebrale.

Dopo il 1870, N. 141:

Puerperî normali	N. 102	
» morbosi	» 28	20 con guarigione 8 » morte
Non si sa il decorso del puerperio in	11 casi	

La causa della morte è stata:

Infezione puerperale . .	2 volte	Nefrite	1 volta
Pleurite essudativa . .	1 volta	Anemia perniciosa progressiva	1 »
Sclerema	1 »	Emorragia da plac. previa	1 »
Catarro bronchiale diffuso	1 »		

Se consideriamo complessivamente tutte le donne di cui si conobbe l'andamento del puerperio, N. 337, la mortalità totale è del 5.3 0[0]. Questa cifra comprende anche quel certo numero di casi nei quali la morte della madre, se è avvenuta dopo il parto, non è assolutamente in rapporto con esso. Togliendo questi casi e riferendoci alla sola infezione puerperale che ha per noi il maggiore interesse, si avrebbe in genere una mortalità del 2.6 0[0]. Prima del 1870 tale cifra raggiunge il 3.3 0[0], dopo il 1870 scende all'1.5 0[0]. Se poi raccogliamo tutti quei parti che dal 1880 vanno al 1895 (N. 93) non troviamo nessuna donna morta per febbre puerperale, cioè a dire 0 0[0]. I nostri risultati sono identici a quelli riscontrati per le presentazioni in genere, anzi, si potrebbe dire, non presentano la gravità degli altri, che si possono riassumere nel modo seguente:

Prima del 1870 = 9.3 0[0], dal 1870 in poi 1.7 0[0] (dal 1880 in poi

= 1. 1 0[0]. Stando a queste percentuali, la prognosi materna non è infausta, ed essa non differisce dal pronostico della presentazione di vertice, quantunque tutto faccia credere che il maggior numero degli interventi debba notevolmente aggravarla. Tutti gli autori vengono alle stesse conclusioni. Il Porak (55) (dopo il 1880) su 108 parti podalici non trova neanche un caso di morte e l'Inverardi (10) (prima del 1880) che su 301 donne riporta 18 decessi, 4 dei quali per febbre puerperale, ritiene che i pericoli materni nella presentazione podalica siano uguali o minori di quanto lo sono nelle altre presentazioni.

Vi è poi chi ritiene [Braun (18)] che la prognosi materna sia nel parto podalico molto più felice che nel cefalico, poichè il parto stesso si compie con minor dolore e con minor travaglio.

Un pronostico così lieto non può mettersi in rapporto che coi caratteri speciali che offre l'ovoide pelvico, il quale, essendo una massa molliccia e riducibile, non lede in alcun modo i tessuti della filiera pelvi-genitale, come avviene di frequente nelle altre presentazioni.

Si è voluto opporre che l'eccessiva durata del travaglio annulla questi benefici effetti: tale osservazione si dovrebbe però accettare con molta riserva dietro quello che antecedentemente abbiamo esposto.

Prima di lasciare il capitolo della prognosi, poche altre parole sulle lesioni materne che si sono avverate lungo il travaglio.

Sopra 66 casi di presentazione podalica, escludendo i feti macerati perchè non diedero luogo ad alcuna soluzione di continuo dei genitali esterni, si notò 22 volte una lesione più o meno grave dell'ostio vaginale (dall'abrasione semplice alla lacerazione perineale di 3.° grado): di queste lacerazioni 19 si ebbero in seguito ad atto operativo, 3 furono spontanee.

Dirò inoltre che 13 appartengono a donne che partorirono a termine, 5 all'8.° mese, 3 al 7.°, 1 al 6.° e che 15 si riscontrarono in Ipare e 7 in pluripare. Dei feti nati pel podice 12 oltrepassavano i 3000 gr. e di questi 8 appartenevano a Ipare e 4 a multipare. La presentazione podalica completa ha causato 8 di tali lacerazioni, 10 la varietà natiche, 2 la mista, 1 i piedi. Ne rimane una senza l'indicazione della varietà.

Non trovo segnata nessuna lesione del segmento inferiore che l'Asdrubali (128) ammetteva come frequentissima nella gran maggioranza dei parti pel podice. *(Continua).*

RASSEGNA

EDOARDO KAUFMANN. — **Ueber Phlebektasien des Uterus und seiner Adnexe** *(Sulle flebectasie dell'utero e dei suoi annessi).* — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, vol. XXXVII, Heft 2.°

Di tale alterazione due soltanto sono le osservazioni potute raccogliere dall'A. sopra un gran numero di sezioni da lui eseguite. La prima riguarda una primipara, con lieve nefrite, morta per emorragia dopo il secondamento artificiale seguito a parto gemellare che aveva richiesto l'intervento dell'ostetrico. Alla sezione oltre ai fatti di anemia acuta, trovò una flebectasia diffusa nella parete uterina, flebectasia che dall'angolo tubarico sinistro si diffondeva ad una parte della parete anteriore e della posteriore: a tale alterazione s'associava una notevole varicosità della parte inferiore della vena utero-ovarica e dei rami che da essa si dipartono. Il reperto istologico dimostrò che nelle vene enormemente dilatate la parete era ridotta ad una membranella elastica ricoperta internamente da endotelio, la quale all'esterno non presentava che scarsissimo connettivo lasso senza traccia di fibre muscolari: il qual reperto è tanto più notevole in quanto che nella gravidanza osservasi normalmente un ispessimento delle pareti venose. Per spiegare tale enorme dilatazione venosa l'A. discute due teorie, una che ammette un'ipoplasia congenita di tali pareti, l'altra, cui l'A. è più favorevole, che attribuisce tale dilatazione ad un'alterazione delle pareti venose, dovuta ai prodotti dell'alterato ricambio della gravida, alterazione già invocata dal Winkel a proposito delle varici delle gravide in generale.

Nel caso dell'A. sintomi di tale flebectasia diffusa, in travaglio, furono una atonia estrema dell'utero, spiegabile coll'atrofia subìta dal tessuto muscolare e consecutiva profusa emorragia mortale dopo il distacco manuale della placenta inserta appunto in corrispondenza della flebectasia.

La seconda osservazione riguarda una donna alcoolista cui in vita era stata fatta diagnosi di epatite con ittero, emorragie cutanee ed intestinali ed in cui la morte avvenne per degenerazione grassa del cuore. La sezione dell'utero e dei suoi annessi dimostrò l'enorme dilatazione delle vene nelle pareti uterine a spese degli strati muscolari, e nei legamenti larghi dove plesso utero-vaginale, vene utero-ovariche, plesso pampiniforme formavano quasi un unico sistema cavernoso a larghi spazii. Il reperto istologico dimostrò diversamente da quanto fu notato nella prima osservazione, un ispessimento delle pareti venose: nel primo caso

trattavasi di distensione relativamente acuta, qui invece d'una cronica flebectasia con ispessimento delle pareti. Nel tessuto muscolare, nella mucosa dell'utero, nella tromba e nell'ovaio, ovunque trovaronsi in questo caso alterazioni dovute ad un processo di indurimento fibroso cianotico. Anche qui l'A. pensa all'azione di eventuali alterazioni del ricambio sulle pareti venose, azione cui devesi una diminuita resistenza delle pareti stesse di fronte a cause comuni di stasi venose, le quali cause non basterebbero da sole a produrre flebectasie così diffuse e spiccate.

L'A. accennando all'importanza clinica di tali casi, accetta la condotta dell'Hegar che di fronte a tali alterazioni negli annessi legò le vene del legamento largo ed esportò tube ed ovaio: ciò perchè nel suo caso, come già il Calais aveva trovato nei suoi, il reperto istologico dimostrò alterazioni incompatibili col funzionare dell'ovaio.

Riguardo alla diagnosi clinica di tale affezione, negli annessi parrebbe che essa fosse legata all'esistenza di mestruazioni profuse, di emorragie persistenti per settimane dopo il parto, ma nulla è ben stabilito in proposito e molto resta da fare in questo indirizzo.

Riguardo alla flebectasia dell'utero, la cui importanza è dimostrata specialmente dalla prima osservazione, l'A. non trovò nella letteratura accenno ad altre osservazioni consimili di flebectasia generalizzata alle pareti uterine non alterate da tumori, all'infuori forse d'un caso riferito dal Lee. L. Negri.

A. VEDIN (Nuova York). — **Un caso di atresia acquisita della vagina complicata da gravidanza.** — *Med. Record.*, 2 Oct. 1897.

Una italiana di anni 35, cui le regole erano cessate da 6 mesi, consultò l'A. impensierita dell'inconsueto fenomeno, dichiarando essere impossibile l'ipotesi di una gravidanza in quanto che da 14 anni essa avea *chiusa* la vagina.

L'esame infatti rilevò come la vagina fosse chiusa poco più in là dell'orifizio vulvare, e ristretta assai nel suo lume. Ciò non pertanto esisteva un piccol pertugio onde a goccie fuoruscivano i mestrui. Le parti erano assai sensibili alla pressione, il perineo appariva lacerato, ed esisteva cistocele e rettocele al di sotto del cingolo cicatriziale. Al di sopra della sinfisi pubica, attraverso alle pareti addominali era agevole la palpazione di un tumore globoso elastico, il quale non poteva essere altrimenti interpretato che per l'utero gravido a 4 mesi. La paziente aveva sofferto 14 anni prima di un parto laborioso in cui aveva dato alla luce un feto morto, e 20 giorni dopo il parto erasi accorta della obliterazione vaginale, la quale secondo l'A. va riferita alla prolungata pressione della testa sulle pareti vaginali.

Si procedette adunque ad un primo intervento chirurgico (sbrigliamento), se non che, malgrado i tamponamenti ripetuti, la costrizione vaginale si ripristinò

in breve. La gravidanza intanto progrediva; 3 mesi più tardi furono rinnovati i tentativi, ciò accadeva ai 20 Dicembre. Addì 12 Febbraio, verso la mezzanotte, si dichiarò il travaglio del parto, il quale richiese 4 incisioni profonde. Così la donna potè sgravarsi di un feto che nacque in lieve stato di asfissia, ma che fu rianimato. Esso pesava 7 libbre. DECIO.

A. GARDON (Filadelfia). — **La sterilità temporaria come causa di aborto nella prima gravidanza.** — *Ann. of Gyn.*, Oct. 1897.

L'A. crede dover mettere in rilievo 4 casi che ebbe ad osservare, e che presentano tra loro una grandissima analogia. Il primo appartiene ad una americana di 28 anni, maritata da 7 anni, affetta da erosioni vaginali e da un lieve grado di vaginismo. L'orificio esterno dell'utero era stenotico, e dolorosi gli amplessi sessuali. Praticata la dilatazione uterina, la donna qualche mese dopo era rimasta gravida, se non che dolori al basso ventre e lieve perdita rossa ebbero per epilogo un aborto, malgrado che fosse stato raccomandato l'assoluto riposo.

Nel secondo caso, trattavasi di donna di 25 anni, maritata da 4 e fino allora sterile, che ebbe a consultare il medico per una emorragia che si era manifestata poco dopo le purghe consuete. Fu riscontrata una gravidanza nel corso del terzo mese, la quale in capo a 2 giorni finiva con un aborto.

Il terzo caso concerne una giovane russa di 18 anni, maritata da 3 anni e mezzo. Rimasta gravida in quell'ultimo tempo, sofferse di violenti dolori addominali compagni ad emorragia vaginale. Subito dopo, si verificò l'aborto. La malata tosto ristabilita rimase gravida per la seconda volta e la gravidanza, nel momento in cui l'A. redigeva la propria nota, era entrata nel sesto mese.

Il quarto caso è quello di una tedesca di 32 anni, maritata da 2 anni ad un sarto, il quale in un antecedente matrimonio ebbe 4 figli. Quando l'A. esaminò questa ultima donna, essa era al quarto mese della sua prima gravidanza. Un aborto fu osservato nelle stesse condizioni dei 3 casi precedenti. DECIO.

GEORGIN. — **Galactophorite généralisée double à streptocoques.** — *Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 11 Novembre 1897.

Una secondipara è colta da una galattoforite doppia, il latte aspirato artificialmente e posto in un bicchiere appare grigiastro e nettamente diviso in 2 strati, il superiore liquido, l'inferiore purulento; fra i due strati se ne scorge un altro più sottile a tinta rosea.

Tali caratteri sono presentati dal latte sia dell'una che dell'altra poppa. Con tutto ciò la nutrice non sente alcuna molestia, se si eccettua un certo quale senso di pesantezza al seno destro, ma alla sera stessa in cui furono osservati tali fe-

nomeni la temperatura sale a 39. 9, il polso a 104 con cefalea, sete viva e lievi brividi. All'indomani tutto rientra nella calma, e il deposito puriforme va mano mano diminuendo, tanto che 4 giorni dopo la donna potè continuare l'allattamento. L'esame microscopico e batteriologico rivelò nel pus la presenza dello streptococco. L'osservazione è interessante per la bilateralità e la generalizzazione del male che si svolse nella quasi completa mancanza di segni locali e generali, e coll'ottimo stato di ben 4 poppanti.

La cura fu costituita dallo svuotamento delle mammelle ogni 2 ore, da lievi compresse al sublimato e dal riposo. DECIO.

ROSE. — **Trazioni dirette sul mascellare superiore nella presentazione della fronte.** — *Centralbl. f. Gynäk.*, N. 50, 1897.

L'utero minacciava rottura nel caso riferito dall'A. nel quale il feto presentavasi colla fronte. Falliti i tentativi diretti a trasformare la presentazione in quella di vertice, falliti pure i tentativi col forcipe, l'A. riuscì ad introdurre 2 dita nella bocca del feto e ad uncinare così validamente il mascellare superiore. Ciò fatto esercitando energiche trazioni durante le contrazioni, riuscì a trasformare la presentazione della fronte in una presentazione di faccia, sulla quale potè operare col forcipe, estraendo un feto gravemente asfittico, che fu rianimato ma che ciò non ostante soccombeva il giorno dopo. DECIO.

BEKMANN. — **L'ulcère rond simple du vagin.** — *Ann. de Gyn. et Obst.*, Mai 1897.

Assai rara è tale forma morbosa, al pari dei neoplasmi primitivi della vagina la quale per la sua somiglianza colla gastrica fu da Zahn chiamata appunto ulcera rotonda della vagina. Appunto in grazia della sua rarità l'A. espone la dettagliata storia di un caso osservato in una donna di 64 anni che venne operata ed espone il reperto microscopico.

L'epitelio stratificato ben sviluppato s'arresta bruscamente ai limiti dell'ulcera; sui quali in qualche punto un assottigliamento del rivestimento epiteliale copre ancora per una certa quale estensione l'ulcera sotto la forma di un rivestimento già necrosato. L'ulcera è costituita da un tessuto ricco di piccole cellule rotonde a grossi nuclei, fra le cellule in scarsa quantità produzione di tessuto fibroso giovane, scarsi i vasi ed i capillari. Gli strati superficiali di tale tessuto sono granulosi, imbibiti da pigmento sanguigno, e qua e là distrutti da emorragie. I vasi sanguigni offrono ovunque la caratteristica dell'endo-arterite. L'A. non ha potuto cerziorare la obliterazione vasale. DECIO.

MAGNIAUX et ROBINEAU. — **Un caso di polimastia.** — *Normandie Médicale,* 15 Novembre 1897.

È l'osservazione di una donna a poppe normali, cui sei giorni dopo lo sgravio si rese manifesto un turgore nell'ascella sinistra. La donna diceva che il latte erale rimontato all'ascella, fatto nuovo per essa, e che non aveva osservato in due puerperi antecedenti, nei quali d'altronde essa non aveva offerto il seno alle creature. Alla parte anteriore ed interna del cavo ascellare sinistro, sotto il bordo inferiore del muscolo grande pettorale constatavasi la presenza di una piccola ghiandola mammaria a 16 cm. circa dalla normale. Questa piccola ghiandola, che faceva lieve risalto sotto la pelle, offriva un capezzolo sporgente circa 5 mm., sprovvisto d'areola e di tubercoli, ma che colla pressione dava esito sulle prime a qualche goccia di colostro, che si trasformò in vero latte nei giorni consecutivi. La salienza della mammella sopranumeraria aveva un diametro uguale a quello di una moneta da cinque lire, della grossezza di una noce, dava alla palpazione una sensazione di acini. Tre orifici si osservarono nel capezzolo. La stessa anomalia, ma in minori proporzioni, si osservava pure nel cavo ascellare di destra. Le due mammelle sopranumerarie, ch'erano assai cresciute nel momento della montata lattea diminuirono presto, qualche giorno dopo, sia nella consistenza sia nel volume.

DECIO.

TISSIER et MERCIER. — **Un cas de volvolus congénital.** — *Soc. obst. de Paris,* 11 Nov. 1897.

Gli oratori presentano l'intestino di un fanciullo che nel 3.° giorno di vita fu portato alla Maternità dell'Ospedale S. Antonio, per una ostruzione intestinale. Senza avere una malformazione dell'ano o del retto, non evacuava meconio. Alcun sintoma non precisava la località della lesione, onde nella fossa iliaca sinistra fu praticato l'ano artificiale a quel meschino che moriva 4 giorni dopo.

L'autopsia dimostrò l'esistenza di una atrofia congenita del grosso intestino, il quale conteneva non più meconio, ma bensì scarsi detriti epiteliali. Sul tenue intestino notavasi una torsione di 180° e l'ansa fortemente distesa appariva perforata, ragione per la quale le materie avevano accesa una peritonite mortale. Un altro strozzamento esisteva in un punto più elevato, ed una ripiegatura che avevano impedito alle feci ed ai gas di refluire dall'ano artificiale.

Un esame istologico ulteriore tenterà di spiegare la patogenesi del volvolo primitivo, imperocchè l'ipotesi di un restringimento congenito sembrò agli oratori la condizione più favorevole per la produzione della torsione intestinale.

DECIO.

BIBLIOGRAFIA

Prof. L. LOMBARDINI. — **Sulla placenta.** — Pisa, 1897.

L'A. espone in questo lavoro i risultati delle sue minuziose ricerche sulla struttura e sullo sviluppo della placenta nelle varie specie di mammiferi. Egli ha avuto occasione di esaminare in vario modo e in diverse epoche della gravidanza uteri pregni di differenti animali (troia, asina, cammella, pecora, vacca, cagna, gatta, cavia, coniglia, topo, pipistrello) e ha studiato le loro placente dividendole per gruppi, a cominciare dalla diffusa, come quella che raffigura il modo più semplice di connessione che s'incontri nei mammiferi fra i tessuti materni e gl'involucri fetali, e risalendo alla policotiledonale, alla zonaria, alla discoide.

A parte le lievi modificazioni che subisce la mucosa uterina subito dopo la fecondazione ed anche nel periodo del calore, lo stato gravidico in questi animali, qualunque sia la forma della loro placenta, apporta dei cangiamenti più o meno profondi nella mucosa dell'utero. In genere, l'A. ha visto che nel 1.° periodo della gravidanza (ad epoca diversa secondo i varî animali) l'epitelio si modifica nella forma ed è sostituito da altro epitelio composto di cellule più grandi, pavimentose o cubiche e che siffatto nuovo epitelio piglia parte più tardi alla formazione della placenta materna; ha visto pure che le glandole uterine (glandole otricolari) non si possono considerare quali organi glandolari nello stretto senso della parola, che esse, durante la gestazione, si alterano e spariscono quasi del tutto in corrispondenza della placenta confondendosi cogli elementi deciduali di questa e che si riformano dopo il parto. Tali follicoli non sono connessi coi villi coriali durante la gravidanza e se in qualche caso questa connessione può esistere (dromedaria) essa è accidentale.

L'A. con lo studio analitico delle placente nei singoli animali, mette poi in rilievo delle particolarità di un certo interesse sotto il punto di vista dell'anatomia comparata. È così che nei varî gruppi zoologici aventi unico tipo di placenta egli trova dei caratteri differenziali che servono a distinguere alcuni animali dagli altri, che tra le forme placentari di varie famiglie ne esistono parecchie che rappresentano quasi l'anello di congiunzione, lo stadio di passaggio da una forma all'altra (come ad es., la placenta della cammella che si può considerare come intermedia tra quella dei pachidermi e quella dei solipedi), che nel 3.° mese di gestazione la placenta materna dei solipedi assomiglia perfettamente a quella del tutto sviluppata dei pachidermi comuni, ecc., ecc.

Nelle asine il feto può anche acquistare un certo sviluppo prima che i follicoli placentari materni siansi formati; il contenuto dei tubi glandolari uterini che in questi animali non gravidi è rappresentato da una sostanza liquida chiara, è stato dimostrato dall'A. di natura essenzialmente albuminoide. Nelle cammelle tali glandole decorrono in modo quasi parallelo alla superficie interna dell'utero e gli elementi epiteliali della porzione materna della placenta, verso il 10.° mese di gravidanza, sono in preda ad un notevole rigonfiamento torbido. Nel corion

della cammella e precisamente nel fondo degli incavi intervillosi, l'A. ha trovato degli ammassi di cellule granulose, di volume maggiore del normale, simili in tutto alle neoformazioni deciduali che possono anche trovarsi nell'utero gravido dell'asina e della cavalla. A proposito della placenta policotiledonale della pecora e della vacca, l'A. descrive dei cotiledoni bene differenziati anche nell'embrione: questi cotiledoni, varî per numero nei differenti animali, diventano più numerosi nel periodo della gestazione, nella quale epoca se ne possono formare di nuovi. Nelle coniglie esistono grandi cellule polinucleate non soltanto nella parte funzionale della placenta ma anche in quella basale; si trovano pure masse protoplasmatiche ad un solo nucleo negli spazî compresi tra l'una e l'altra cavità incubatrice. Queste ultime formano lo strato superficiale della decidua, hanno contorni dentati e non occupano mai il disco placentare (sono le cellule che hanno sostituito il primitivo epitelio cilindrico dell'utero non gravido), mentre le altre cellule grandi trovansi sempre nello strato profondo della placenta e della caduca interplacentare. Nelle cavie il protoplasma delle cellule componenti il disco placentare si confonde tutto in una sola massa.

L'A. ha studiato inoltre la materia gialla interplacentare — *latte uterino* — che si riscontra negli uteri pregni delle pecore e delle vacche, e la sostanza verde contenuta nei cordoni placentari della cagna.

Dall'esame comparato fra il latte uterino e il latte tolto dalle mammelle degli stessi ruminanti, egli conclude che non esiste alcuna identità tra le due sostanze, che il latte uterino durante la gravidanza è molto scarso e che risulta dal processo osmotico tra vasi fetali e materni e dal disfacimento degli elementi di nuova formazione che in detto periodo abbondano nei tessuti posti tra loro a contatto, che tale liquido, ottenuto spremendo i villi fetali e i follicoli materni dopo la morte dell'animale, è la parte molle e putrescibile degli uni e degli altri, mescolata al sangue venuto meccanicamente all'esterno.

La sostanza verde, racchiusa nei cordoni della placenta zonaria della cagna, sarebbe costituita da biliverdina, allantoina e piccola quantità di materie grasse.

E. Ferroni.

Prof. DOEDERLEIN. — **Geburtshilflicher Operationskurs** *(Operazioni ostetriche)*. — Libreria A. Georgi, Lipsia, 1898.

Il pregio principale indispensabile di un libro di questa natura che deve fare per gli studenti e i medici pratici le veci dell'insegnante in un insegnamento puramente obbiettivo e dimostrativo è la chiarezza, la concisione e l'abbondanza delle figure.

Infatti il libretto del Doederlein consta di 167 pagine di testo e contiene 160 incisioni.

Il libro è diviso in due parti; nella prima sono riposte le nozioni teoriche sulla presentazione, posizione del feto e i meccanesimi del parto. Nella seconda sono dimostrate le operazioni che si vogliono eseguite per esercizio sul fantoccio con figure che rappresentano le varie fasi delle operazioni stesse. Questo libro però non può sostituire gli esercizii stessi, deve solo esserne il complemento. Per queste figure vennero utilizzate anche quelle già esposte da Farabeuf, Varnier, v. Winckel e Zweifel, una buona parte delle rimanenti è originale.

Sono pregevoli le figure che riguardano l'applicazione del forcipe nelle posizioni posteriori e così pure quelle del rivolgimento e delle operazioni embriotomiche. In questi tempi in cui il caso Laporte ha fatto tanto e giusto rumore, questo libro del Doederlein viene proprio a proposito.

CIOJA.

WINTER G. (Prof. ord. Königsberg, Prussia). — **Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik** *(Manuale di diagnostica ginecologica).* — 2.ª Edizione, 1897, Hirzel, Lipsia.

Insieme allo splendido Atlante del prof. Leopold per l'insegnamento dimostrativo della ostetricia e della ginecologia, illustrato con tavole che sono preziosissime come reperti anatomici, ed elegantissime come fattura d'arte, l'Hirzel ha pubblicato in questi giorni anche la seconda edizione del manuale del prof. Winter sulla diagnosi ginecologica.

È un bel volume, circa 500 pagine con 20 tavole e 140 incisioni.

Questo libro forma il degno pari a quello del prof. Veit pubblicato nel 1890-91, salvo che è molto più diffuso e molto meglio illustrato, e contiene (come per esempio le diagnosi delle affezioni maligne dell'utero) delle dimostrazioni grafiche dei preparati microscopici riprodotti in foto-incisioni che sono veramente sorprendenti per nitidezza e precisione, dimodochè lo studioso può sulla guida di esse affidarsi a fare e controllare le proprie diagnosi nel modo il più completo ed esauriente.

Così pure si dica rispetto alla diagnosi microscopica della gravidanza dove le modificazioni della mucosa uterina per lo stato gravidico (chorion, decidua, retenzioni di chorion) sono messe ad evidente confronto coi preparati di endometrite, di membrane dismenorroiche, ecc. ecc.

La collaborazione di Carlo Ruge ha portato quindi un degnissimo complemento anche in questa 2.ª edizione all'opera clinica sperimentata del prof. Winter che ci ha offerto così un lavoro completo, degnissimo di nota sulla diagnosi ginecologica.

Di questo libro sono iniziate le traduzioni in italiano e spagnuolo.

CIOJA.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Aprile 1898. Num. 4.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-5 MAY 98
LIBRARY

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Parma

Intorno ai processi di angiodistrofia nelle ovaie di donne osteomalaciche

CONTRIBUTO ALLO STUDIO

DELLA ANATOMIA MICROSCOPICA DELL'OVAIO NELL'OSTEOMALACIA

PER IL

Prof. Dott. ETTORE TRUZZI

Dall'epoca in cui il prof. Fehling ha richiamato l'attenzione sopra i sorprendenti risultati che l'estirpazione delle ovaie permette di ottenere nella cura dell'osteomalacia, si è portata attiva indagine su tali organi allo scopo di studiare quale correlazione vi fosse tra la condizione dei medesimi e l'osteomalacia, quale potesse essere l'intima ragione delle felici prove della castrazione contro tale malattia.

Le principali ricerche istituite a tale intento possono essere raggruppate in tre ordini:

a) Venne assaggiata con stimolazioni meccaniche ed elettriche la sensibilità dell'ovaia (1) e furono studiati i disturbi vasomotori che conseguivano alla irritazione ovarica (aumento della pressione sanguigna per costrizione vasale, rarefazione del polso, ecc.), e si concluse che, dato un certo stato di preparazione morbosa nel sistema vasomotore, fosse possibile spiegare coll'irritazione ovarica non soltanto l'insorgenza di molti disturbi circolatori propri alla pubertà, alle ricorrenze catameniali e sopratutto allo stabilirsi della menopausa, ma anche il determinarsi di affezioni morbose del sistema osseo per il ripetersi ed

(1) Edmondo Buys. « Sulla sensibilità delle ovaie. Ricerche sperimentali. » *Bollettino scienze mediche di Bologna*, anno LXII, serie VII, vol. II, p. 664.

il protrarsi di patologici riflessi dall'ovaio sul sistema vasomotore di molte ossa dello scheletro.

Tali ricerche praticate su cagne curarizzate nel Laboratorio di fisiologia del prof. Albertoni, vennero per tal modo a dare un certo appoggio nel campo sperimentale alla geniale e ben nota ipotesi del prof. Fehling sull' origine dell' osteomalacia da iperattività dell'ovaio.

b) Altri investigarono la influenza delle ovaie sul bilancio organico e basandosi sulle moderne vedute circa la fisiologia degli organi ghiandolari, emisero l'ipotesi di una secrezione interna dell'ovaio, destinata a funzioni speciali. Così M. Muret (1), richiamando molti fatti riguardanti la importanza biologica dell' ovaio nell' organismo femminile, appoggiava il concetto già espresso da Révilliod (2) che l' osteomalacia dovesse essere in rapporto colla secrezione interna dell'ovaio e proponeva l'ovarina contro tale affezione morbosa.

A tale tentativo terapeutico ricorse anche Senator (3), il quale però riconobbe come aleatorio e senza serio significato il miglioramento che la tiroidina e l' ooforina potevano dare sul decorso dell' osteomalacia e giunse anzi ad un reperto, che trova difficile spiegazione colle comuni e più divulgate dottrine sulla patogenesi di tale malattia; riconobbe cioè che tanto la calce quanto l'acido fosforico vengono eliminati in maggior quantità quando la malattia trovasi in via di miglioramento che non allora che questa percorre il corso suo ordinario.

L'ovarina venne pure di recente esperimentata in cinque casi di osteomalacia da Latzko e Schnitzler (4), con risultato o negativo oppure di un miglioramento transitorio delle pazienti, piuttosto riferibile al loro soggiorno nell'Ospedale ed alla migliorata alimentazione che all' efficacia dell'organoterapia.

Nello stesso ordine di idee e di ricerche merita menzione un accurato lavoro di Curatulo e Tarulli (5); i quali, completando indagini, già da me iniziate nella Clinica di Novara, determinarono l'azoto, l'ani-

---

(1) M. Muret. « De l'organothérapie par l'ovaire. » *Revue méd. de la Suisse Romande*, Juillet 1896, p. 317.

(2) Revilliod. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1895, n. 8.

(3) Senator. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1897, n. 6.

(4) Latzko u. Schnitzler. « Ein Beitrag zur Organotherapie bei Osteomalakie. » *Deutshe med. Wochenschrift*, 1897, n. 37.

(5) Curatulo e Tarulli. « La secrezione interna delle ovaie. » Roma, 1896.

dride fosforica ed i prodotti della respirazione in animali prima e dopo la castrazione. Risulterebbe da tali ricerche che la curva dei fosfati eliminati per le urine si abbassa considerevolmente dopo la castrazione, mentre torna a risalire quando nell'istesso animale si facciano iniezioni sottocutanee di succo ovarico. E siccome dopo la castrazione è anche sensibilmente diminuita l'eliminazione dei prodotti dello scambio respiratorio, ne conclusero gli AA. che, in seguito alla asportazione delle ovaie, possa prodursi una diminuzione di attività nei processi biochimici in grembo ai tessuti dell' organismo e che sopratutto decresca l' ossidazione del fosforo, il quale per tal guisa può accumularsi nell' organismo combinandosi colle basi terrose, depositandosi nelle ossa sotto forma di fosfato calcico e magnesiaco, e ripristinandone la normale solidità. Tali modificazioni del ricambio non sarebbero devolute ad influenza nervosa, ma al fatto che la castrazione sopprime colle ovaie il compiersi d'una secrezione interna, la quale, ignota nella sua natura e composizione, sarebbe capace di favorire l' ossidazione delle sostanze organiche fosforate, degli idrati di carbonio e dei grassi. Secondo Curatulo e Tarulli anche la fugace azione benefica del cloroformio e del cloralio sulle sofferenze per osteomalacia, non da altro dipenderebbe che dalla proprietà di tali medicamenti di rallentare le ossidazioni nei tessuti e provocare una temporaria modificazione del ricambio, congenere a quella definitivamente determinata dalla ablazione chirurgica delle ghiandole sessuali. La secrezione interna di questi organi crescerebbe durante la gravidanza sia per l' aumentata loro irrigazione sanguigna, sia per lo stimolo proveniente dallo sviluppo dell'ovolo; da ciò il progressivo aumento in gravidanza della eliminazione del fosforo, da ciò il noto peggioramento della osteomalacia col ripetersi e col progredire di nuove gravidanze.

c) L'attenzione degli studiosi venne però più specialmente rivolta ad un terzo ordine di studî, l' esame cioè anatomico delle ovaie nelle osteomalaciche, nella lusinga di scoprirvi alterazioni caratteristiche di tale malattia, sulle quali fosse possibile basare la descrizione di un tipo di « ovaio osteomalacico » ed anche edificare una dottrina, che valesse a togliere alla castrazione il carattere di mezzo empirico per la cura dell'osteomalacia.

Già lo stesso professor Fehling iniziò queste indagini, rilevando l'abnorme varicosità e replezione dei vasi sanguigni negli annessi ute

rini, l'aumentato calibro delle utero-ovariche, la ectasia dei vasi dell'ilo, la dilatazione ampollare dei capillari in grembo all'ovaio. Su nove suoi casi, in sette l'alterazione era evidente e veniva dal Fehling messa in correlazione con quella iperattività ovarica, che egli invoca sia per spiegare l'esagerata fertilità delle osteomalaciche, sia i morbosi riflessi, che dall'ovaio si proiettano sul sistema vasomotore nelle ossa dello scheletro (1). Il Fehling si opponeva alla ipotesi di Winckel, che tale iperemia dipendesse unicamente da una concomitante retro-deviazione uterina, per quanto questa coincidesse con cinque di quei sette casi, in cui la ricchezza vasale era assai rilevante.

Nel 1890, pubblicando il reperto microscopico sulla condizione anatomica dell'ovaio nel secondo dei casi di osteomalacia da me operati (17 Giugno 1890), io accennava sia ad un certo grado di ispessimento dello stroma nella sostanza corticale delle ovaie esportate, sia alla notevole scarsezza di follicoli nella medesima (2).

L'Hofmeier che pure ebbe occasione, dopo di me, di imbattersi in un caso di osteomalacia in donna nullipara e di operarla con successo mediante castrazione (Novembre 1890), non trovò che esistesse nel suo caso alcuna particolare turgescenza e ricchezza dei vasi ovarici: anzi le ovaie erano piccole, atrofiche, con profonde solcature alla loro superficie. Trovò pure, come nel mio caso, povertà straordinaria di follicoli e di ovuli (3).

Il prof. Chiarleoni in un caso di osteomalacia puerperale, potè constatare dilatazione dei vasi decorrenti nei legamenti larghi, congestione della massa intestinale, aumentato volume delle ovaie (4).

Fu merito di D. v. Velits, direttore della I. Scuola per levatrici a Presburgo, l'avere richiamato l'attenzione sopra la frequente esistenza, in casi di osteomalacia, di degenerazione jalina dei vasi ovarici, che si associerebbe ad uno stato quasi di *macies* dei tessuti dell'apparato genitale, dal quale gli provennero gravi difficoltà alla emostasi in suoi casi di castrazione per osteomalacia. L'A. riscontrò in 4 su 9 casi

---

(1) Fehling. *Archiv. f. Gynaekologie*, Bd. 39, p. 191 e Bd. 48, Hft. 3.

(2) Truzzi. « Sulla castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale. » *Ann. di ostetricia e ginecologia*, 1890, p. 13.

(3) Hofmeier. « Zur Frage d. Behandlung d. Osteomalacie durch Kastration. » *Centr. f. Gyn.*, 1891, n. 12, p. 225.

(4) Chiarleoni. « Osteomalacia puerperale e castrazione. » Catania, 1891.

quella ectasia e quell' aumento numerico dei vasi sanguigni, che Fehling considerò quasi come caratteristici dell'osteomalacia. In 6 dei 9 casi l'esame microscopico rivelava uno straordinario aumento dei vasi nella parte centrale dell' ovaio, aumento che in due casi richiamava alla memoria l'aspetto di un vero angioma; invece in tre, all'esame anche microscopico, non apparve significante aumento nel numero dei vasi, nè ectasia dei medesimi, benchè in uno di tali casi fosse stato notato durante l'atto operativo uno stato di abnorme replezione dei vasi dell'ilo ovarico.

La suaccennata degenerazione jalina venne da v. Velits riscontrata in tutti i suoi diversi stadi, fino alla completa obliterazione vasale ed alla fusione di più vasi degenerati in una massa jalina di varia estensione: talora ne erano colpiti limitati gruppi, quasi a disposizione di isole, talora l'alterazione era diffusa: però l'intensità sua non era sempre proporzionata all' incremento numerico dei vasi: le arterie erano di preferenza colpite, però in taluni casi ne erano affetti anche capillari e vene. In due, in cui per l' estrema friabilità dei tessuti si era resa necessaria, a scopo di emostasi, l'amputazione sopravaginale dell' utero a complemento della estirpazione degli annessi, i vasi, particolarmente le arterie, si mostravano degenerati anche in grembo all' utero, specialmente in vicinanza alla mucosa. V. Velits non trovò mai traccia nei suoi nove casi di processo infiammatorio peritoneale: in due la deformazione grave della pelvi aveva spinto all' insopra del piano dello stretto superiore utero ed annessi: in quattro coincideva retrodeviazione uterina (1).

Analoga condizione di *macies* dei tessuti dell'apparato genitale era stata già riscontrata dal Thorn in un caso di osteomalacia, nel quale esisteva pure una cospicua vascolarizzazione dei legamenti larghi, delle tube e delle ovaie (2).

Molto affini a quelli di v. Velits sono i risultati delle ricerche di Ortmann e di Rossier. Il primo in un suo caso constatò non solamente una ricchezza stragrande di vasi sanguigni nell' ovaio in relazione a

---

(1) V. Velits. « Ueber die Heilung d. Osteomalacie. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXIII. — Id. « Veitere Beiträge f. chirurgische Behandlung d. Knochenerweichung. » *Ungar. Archiv f. Medizin*, 1893.

(2) Thorn. « Zur Kasuistik d. Kastration bei Osteomalakie. » *Centralblatt f. Gyn.*, 1891, N. 41, p. 828.

cospicua vascolarità dei legamenti larghi, quale venne riconosciuta durante la celiotomia: ma trovò sia nelle arterie che nelle vene un ispessimento abnorme delle pareti vasali, ed in distinti gruppi di vasi una spiccata degenerazione jalina, che per taluni si spingeva fino alla fase della completa obliterazione del lume. La sostanza corticale era in parte ridotta e conteneva follicoli in istato di incipiente degenerazione cistica (1).

Rossier (2) utilizzò per le sue indagini le ovaie appartenenti a tre operate di Fehling e trovò che le medesime erano ingrossate, di colore rosso-bleu, fortemente iniettate di sangue, con notevole sviluppo di vasi in corrispondenza all'ilo. All'esame microscopico tra i follicoli irregolarmente disposti nella sostanza corticale riconobbe corpi grossi quanto i follicoli primitivi, omogenei, splendenti, pressochè tondeggianti e che apparivano come tratti di tessuto in preda a degenerazione jalina. Nella sostanza midollare trovò le modificazioni più spiccate e cioè uno stragrande sviluppo di vasi, un notevole ispessimento della media e dell'avventizia in parecchi dei medesimi, scomparsa in altri degli elementi nucleari con trasformazione della parete vasale in una massa omogenea, jalina, splendente. Analoga degenerazione aveva pure colpito tratti di connettivo perivasale in corrispondenza alla sostanza midollare: vedevansi pertanto delle masse di aspetto jalinizzato, in grembo alle quali spiccavano alcuni lumi vasali e pochi nuclei.

In una tesi del D. Meslay (3) trovansi riferiti i risultati dell'esame macro e microscopico dell'ovaio in una paziente operata dal prof. Tillaux: le alterazioni trovate corrispondevano ad uno stato di precoce senilità in tali organi, mentre la paziente aveva soli 30 anni.

Un interessante lavoro in argomento venne recentemente pubblicato da Heyse (4), il quale utilizzò per le sue ricerche l'altro ovaio di due casi di Fehling, di cui un primo ovaio aveva servito per le indagini di Rossier. I fatti più salienti che risultarono dagli esami micro-

---

(1) Orthmann. « Beitrag zur Bedeutung d. Castration bei Osteomalacie. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX.

(2) Rossier. « Anat. Unters. d. Ovarien in Fällen v. Osteom. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVIII.

(3) D. Meslay. « Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie. » Paris, Steinheil, 1896.

(4) Heyse. « Ein Betrag zur mikros. Anat. der ovarien Osteom. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 2, 1897.

scopici di Heyse si possono così riassumere: nel primo caso trovò nella corteccia ovarica scarsezza di follicoli e degenerazione cistica di taluni dei medesimi, molti *corpora fibrosa,* mancanza di quei corpi jalini, che Rossier aveva trovato nella sostanza corticale; nella midollare riconobbe quelle stesse alterazioni, che furono da v. Velits, da Orthmann e da Rossier descritte, accumulo enorme di capillari, degenerazione jalina ed ispessimento delle rispettive pareti: le arterie molto serpiginose e pure per buona parte in preda a degenerazione jalina. L'alterazione iniziale gli parve rappresentata da un ispessimento della media, sovente accompagnato da dilatazione del lume vasale: trovò che l'intima partecipava in taluni punti alla degenerazione jalina con avvenuta scomparsa dei nuclei endoteliari. In corrispondenza dell'ilo i vasi erano bensì tortuosi ed assai sviluppati, ma quasi interamente esenti da degenerazione.

I numerosi *corpora fibrosa,* riscontrati da Heyse nelle due ovaie osteomalaciche, erano ad immediato contatto coi focolai di degenerazione jalina vasale della sostanza midollare e risultavano di una sostanza che non offriva differenza rispetto alla jalina delle arterie degenerate.

Nel secondo suo caso Heyse riconobbe come pressochè normale la condizione anatomica della sostanza corticale; nella midollare esisteva, ma in grado minore che nel primo caso, aumento numerico ed ectasia dei vasi, che però avevano pareti considerevolmente ispessite; la degenerazione jalina non colpiva che limitati gruppi di vasi.

Anche dalla Clinica del prof. Mangiagalli è uscito un lavoro in argomento (1), basato sull'esame di ovaie di due donne osteomalaciche, operate l'una di castrazione, l'altra di operazione Porro, e di due donne rachitiche, operate pure alla Porro: nelle ovaie di queste ultime erano palesi, benchè in minor grado, le alterazioni riscontrate nelle ovaie delle osteomalaciche, e cioè notevole aumento numerico dei vasi della midollare, ispessimento della media ed avventizia in alcuni, ectasia, degenerazione jalina di altri: il processo degenerativo talora limitato alla avventizia, era esteso altre volte alla media, e talora interessava anche diversi punti dello stroma ovarico. Nella corticale vennero trovate

(1) Ersilio Ferroni. « Contributo alla struttura delle ovaie osteomalaciche. » *Ann. di ostet. e gin.*, 1897, pag. 673.

masse jaline, di varia grandezza, analogamente a quanto fu riscontrato da Rossier.

Questi pochi cenni bastano a dimostrarci come non manchi una certa concordanza nelle descrizioni dateci da parecchi osservatori: tantochè si sarebbe tentati fin d'ora a tratteggiare i caratteri sintetici di un tipo anatomico di *ovaio osteomalacico* se non intervenissero ad imporre molte riserve altri numerosi reperti, che per essere discordanti o negativi, tendono a sminuire l'importanza ed il significato dei primi. Il Neumann, ad esempio, trovò in due suoi casi che le ovaie, come nella osservazione di Hofmeier, erano raggrinzate, piccole, povere di sangue: e per quanto in tre dei quattro suoi casi l'A. avesse riconosciuto l'esistenza di degenerazione jalina vasale, non credette poter annettere a tale reperto l'importanza di una lesione specifica dell'osteomalacia (1).

Parimenti Lohlein sopra cinque casi trovò in uno entrambe le ovaie atrofiche, in due ovaie normali; nel quarto una delle ovaie era ingrossata per degenerazione cistica, l'altra invece raggrinzata; e nel quinto caso ovaie e tube erano più voluminose e più ricche di sangue che in casi normali (2).

Gelpke non ammette costante lo stato varicoso degli annessi e nei suoi casi trovò sempre ovaie normali (3).

Così pure quasi negative furono le ricerche di Busche-Haddenhausen, che sopra quattro casi di castrazione, nei quali venne praticato l'esame delle ovaie, in due trovò niente di speciale, in uno scarso sviluppo di tali organi, e solamente in un caso, nel quale d'altra parte la mestruazione non era completamente cessata nel giorno della operazione, le ovaie apparvero alquanto iperemiche e presentavano qualche piccola cisti (4).

Solowij in occasione di un'operazione cesarea trovò ovaie molto atrofiche (5).

Stern osservò in un caso ovaie normali: in un altro desse erano

---

(1) Neumann. « Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. L, pag. 138.

(2) Lohlein. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd, 29, p. 18, 1894.

(3) Gelpke. *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. V.

(4) V. D. Busche-Haddenhausen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 49, p. 100.

(5) Solowij. *Centralbl. f. Gyn.*, 1892.

bensì ingrossate, ma i vasi sanguigni in corrispondenza agli annessi non erano punto dilatati e nessuna apprezzabile lesione anatomica appariva all'esame microscopico (1).

Anche Harajewitz (2), Simpson (3), Seeligmann (4) s'imbatterono in casi con ovaie di aspetto normale per colore e vascolarizzazione.

Singolare il reperto di Runge, che da un lato, il destro, trovò l'ovaio molto sviluppato e provveduto di vasi tortuosi; l'ovaio sinistro era invece povero di vasi e quasi atrofico (5).

Cosentino trovò in un caso di operazione cesarea l'ovaio sinistro affatto normale; nel destro assenza di follicoli, trasformazione del parenchima in un connettivo atrofico per sclerosi ovarica (6).

***

Come possiamo noi spiegarci che quelle lesioni, che v. Velits, Orthmann, Rossier, Heyse, Ferroni riconobbero nei rispettivi loro casi e che taluno tenderebbe anzi a ritenere come specifiche dell'osteomalacia, sieno poi mancate, interamente o quasi, nelle osservazioni or ora ricordate?

Le teorie che dagli autori vennero fin qui messe in campo per chiarire la genesi delle accennate lesioni ovariche nell'osteomalacia sono tali, da non permetterci di poter spiegare come queste stesse alterazioni abbiano in parecchi casi assolutamente a mancare.

Stabilita invece di necessità l'incostanza delle medesime, non restano che due sole ipotesi: o le accennate lesioni dei vasi e dei follicoli rappresentano una mera accidentalità, un fatto individuale, senza speciale importanza, senza uno stretto e necessario legame coll'osteomalacia: — od invece si tratta in realtà di lesioni dipendenti bensì da tale malattia, ma che non appaiono se non allora, che intervengano e cospirino alcuni momenti etiologici, alcune speciali condizioni (gravezza della stenosi pelvica, età e grado di pluriparità della paziente, ecc.), che le indagini future potranno meglio riconoscere ed accertare.

---

(1) Stern. *Munch. Med. Wochenschr.*, 1893, p. 128.

(2) Harajewitz. *Wien. Med. Presse*, 1893, p. 1057.

(3) Simpson. *Edimb. med. Journ.*, N. 491 e 492.

(4) Seeligmann. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1893, N. 44.

(5) Runge. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 41, p. 116.

(6) Cosentino. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, Napoli, Agosto 1897.

Io inclino fin d'ora a ritenere più conforme a verità questa seconda ipotesi; ad ogni modo occorrono certamente nuove e numerose osservazioni cliniche ed anatomiche, perchè sia possibile da una somma di casi un po' rilevante far scaturire qualche principio generale, a cui i singoli casi si dimostrino nella loro maggioranza subordinati.

Nell'intendimento pertanto di accrescere il materiale di studio e di tentare la ricerca di qualche legge generale, ho creduto opportuno sottoporre ad esame anatomico le ovaie nei casi di osteomalacia da me operati, ad eccezione dei primi tre, nei quali tale ricerca avevo già istituito e riferito nelle antecedenti pubblicazioni. E tale studio mi parve tanto più opportuno in quanto che io, traendo partito anche dei pezzi anatomici raccolti nelle mie ultime operazioni Porro in osteomalaciche gravide, potevo disporre di un materiale di esame assai svariato ed abbondante.

I pezzi erano stati conservati parte in liquido Müller, parte in alcool, od in formalina. Le inclusioni vennero fatte in paraffina: le colorazioni ottenute con ematossilina ed eosina [sia solubile in acqua, sia solubile in alcool per l'adozione del metodo Martinotti (1)], con carminio allume, con safranina, con metodo v. Gieson: per quest'ultimo, dopo l'ematossilina, usai una miscela costituita di 1 p. di soluzione acquosa satura di fucsina acida e 7 p. di soluzione acquosa satura di acido picrico.

Osservazione I.

Questa osservazione corrisponde al quarto dei casi di osteomalacia da me operati di castrazione. M. Maddalena, nata e domiciliata in Fagnano Olona, accolta nella Clinica ostetrica di Novara il 6 Gennaio 1892. Vpara, 34 anni, affetta da osteomalacia puerperale, le cui prime manifestazioni si verificarono durante la terza gravidanza: durante la quarta la donna fu obbligata a camminare col bastone; nel corso della quinta, a partire dal quarto mese, non potè lasciare il letto. Catamenio da qualche tempo assai abbondante, spesso a tipo bimensile: si manifestava anche durante l'allattamento. Malgrado un lieve miglioramento verificatosi dopo l'ultimo puerperio, la donna non sa reggersi in piedi e viene quotidianamente trasportata a braccia dal letto alla sedia. Pelvi

---

(1) Martinotti. « Sulla colorazione doppia coll'ematossilina e coll eosina. » *Gazzetta delle Cliniche*, vol. XIX, N. 51.

classicamente deformata e ristretta per osteomalacia. Diametro bisischiatico da 2,5-3 cm. Utero in asse. Annessi all'esame ginecologico indolenti: l'ovaio sinistro aumentato di volume.

Castrazione addì 14 Gennaio 1892. Decorso apiretico. Miglioramento sensibilissimo ed abbastanza rapido delle condizioni della donna, che lascia la Clinica in 24.ª giornata.

Esame anatomico degli annessi (conservati in liquido Müller). — Le salpingi non presentano fatti degni di nota. L'ovaio destro è assai allungato (cm. 7 di lunghezza, altezza cm. 2, spessore 1 cm.), congesto, a superficie discretamente liscia e regolare. L'ovaio sinistro, oltre a piccole cisti, ne offre una verso il polo esterno della grossezza di una noce distesa da liquido sieroso, quasi limpido, ed aventi i caratteri di una incipiente idrope follicolare.

All'esame microscopico si trovano nell'ovaio destro come degni di menzione i seguenti fatti: albuginea leggermente ispessita: la sostanza corticale di scarso spessore piuttosto povera di follicoli: assai rilevante invece lo sviluppo della sostanza midollare, nella quale, particolarmente in prossimità all'ilo, esistono vasi cospicui ed aumentati in numero. La loro parete è ispessita, ipertrofica, ma a struttura ben conservata; nella media sono dovunque ben spiccati i nuclei a bastoncino degli elementi muscolari, l'avventizia, costituita da fibre connettivali e da tessuto elastico, offre una tessitura a fasci piuttosto lassi. L'intima è normale. Il lume è in parecchi vasi eccentrico, là dove l'ipertrofia della parete è più rilevante ed ineguale. Parecchie arterie hanno decorso serpeggiante od a spirale. La colorazione con eosina e col metodo di v. Gieson non rileva accenno a degenerazione jalina nè in corspondenza alle pareti vasali, nè in grembo allo stroma della sostanza corticale e midollare.

Fatti analoghi si hanno nell'ovaio sinistro, dove i follicoli più numerosi che a destra offrono tendenza alla degenerazione cistica oppure ne furono già incolti. Anche qui la midollare si presenta molto ricca di vasi, con dilatazione di quelli venosi, mentre nelle arterie colpisce sopratutto la ricchezza rilevante di elementi muscolari ed elastici della media.

Osservazione II.

B. Cecilia, di Milano, d'anni 33, accolta nella Clinica ostetrica di Novara il 2 Marzo 1892. Quintipara: pare abbia sofferto di rachitismo nell'infanzia. Dopo l'ultimo suo parto giacque per due anni inferma nell'Ospedale Maggiore di Milano per sofferenze da osteomalacia. Attualmente la donna non si regge se non a stento e con intensi dolori: la abduzione delle coscie è limitata, tantochè la distanza tra i condili interni può raggiungere al massimo circa 18 cm. La pelvi offre spic-

cati caratteri di osteomalacia. Diam. bisisch. di mm. 56. Il rammollimento osteomalacico ha invaso anche lo scheletro del torace.

Addì 20 Marzo 1892, ovarosalpingectomia bilaterale. A sinistra si trovano reliquati di perimetrite. Decorso apiretico: la donna esce discretamente migliorata nelle condizioni sue di salute.

Essendo più tardi riapparse copiose perdite sanguigne dai genitali e con esse essendo tornate in scena sofferenze, se non così intense quanto prima, certamente penose per la povera donna ed essendo l'utero aumentato anzichè diminuito in volume dopo la castrazione, si decide esperire l'isterectomia complementare, nella speranza che la soppressione definitiva delle perdite sanguigne e la più estesa demolizione dell'apparato genitale abbiano ad influire maggiormente nel decorso dell'osteomalacia e spegnere la avvenuta riaccensione del processo. A malgrado dell'angustia dell'arcata pubica e della limitata abduzione delle coscie riesce possibile l'isterectomia per via vaginale. Decorso apiretico: la donna esce in 29.ª giornata.

Esame anatomico. — Sgraziatamente in questo caso non fu conservato che l'utero, il quale offre le seguenti dimensioni: altezza cm. 10,5, larghezza massima cm. 6, spessore 3,8 (la parete anteriore ha uno spessore di cm. 1,8), peso gr. 130; l'esame microscopico non riconosce traccia di degenerazione jalina delle pareti vasali: spiccata è la colorazione nucleare, notevole lo spessore della media e dell'avventizia.

Osservazione III.

B. Giuseppina, da S. Macario (Valle Olona), d'anni 38, XIpara, accolta il 5 Maggio 1892 nella Clinica ostetrica di Novara. Durante la terz'ultima gravidanza la donna fu colpita da osteomalacia puerperale, *la quale eccezionalmente ha interessato le ossa toraciche a preferenza di quelle della pelvi.* Migliorata dopo il parto, peggiorò nuovamente nel corso della decima ed undecima gestazione, tantochè attualmente non può salire le scale ed a stento cammina con due bastoni. La paziente, dopo avere senza alcun effetto esperimentato molte cure a domicilio ed a Milano, fu ricoverata ed operata di castrazione nella Clinica novarese il 12 Maggio. Non si riscontra vascolarità aumentata nè varicosità in grembo ai legamenti larghi. Decorso regolare: la paziente esce il 26 Maggio sensibilmente migliorata.

Esame anatomico degli annessi. — Conservazione in Müller. L'ovaio sinistro molto più grosso del destro, seminato da microcisti, di cui qualcuna raggiunge anche il volume di una nocciuola. Lunghezza cm. 5,5, altezza cm. 3,5, spessore 1,8. L'ovaio destro, sede di un recente corpo luteo, offre misure ed aspetto più prossimi al normale: lunghezza cm. 3, altezza 1,9, spessore 1,2.

All'esame microscopico l'ovaio sinistro offre: mal distinto il confine tra l'albuginea e la sostanza corticale: questa è scarsa nella sua estensione in rapporto al volume dell'ovaio: scarsissimi follicoli e questi pure incolti da incipiente dilatazione cistica. Numero stragrande di *corpora fibrosa*, dei quali ne potei contare fin 16 in una sola sezione incompleta di ovaio. Alcuni di essi offrono una cavità riempita da connettivo a reticolo: in altri la pressione esercitata dallo stroma proliferante sulla striscia splendente omogenea e la abolita tensione del contenuto endofollicolare hanno fatto sì che la detta striscia di tessuto sclerotizzato, offrente i caratteri della degenerazione jalina, si è raccolto a forma di gomitolo senza presenza di cavità centrale. I vasi sono numerosi, massime nella regione midollare: hanno pareti piuttosto ispessite, sia in corrispondenza alla media che all'avventizia: il lume per taluni vasi è ristretto: però la struttura della detta parete è ben conservata, nè offre traccia di processi degenerativi.

Anche l'ovaio destro presenta povertà di follicoli nella sostanza corticale piuttosto stipata, vasi numerosi nella midollare: qua e colà, a forma di piccoli centri, trovansi gruppi di vasi, incolti da incipiente degenerazione jalina: è invece costante un certo grado di ipertrofia delle loro pareti, massime della tonaca media, più accentuata nelle arterie di medio e piccolo calibro. Numerosi corpi fibrosi ed esemplari di atresie follicolari a diverso stadio di sviluppo.

Osservazione IV.

C. Giuseppina, da Besnate (Valle Olona) d'anni 41, quartipara, affetta da grave osteomalacia puerperale. È incapace a reggersi, a camminare, per quanto sieno trascorsi già cinque anni dall'ultimo parto, ed offre all'esame dello scheletro le più classiche deformazioni per osteomalacia. Viene trasportata con molta difficoltà alla Clinica di Novara, dove il 10 Febbrajo 1893 viene operata di ovaroisterectomia sopravaginale con affondamento del peduncolo mediante legatura elastica definitiva. La preferenza della via addominale è in questo caso imposta dalle condizioni di estrema angustia della pelvi. Durante l'operazione si riconosce aumento rilevante nella vascolarità dei legamenti larghi. Decorso apiretico. La paziente esce in 27.ª giornata in via di sensibile miglioramento. Riveduta dopo tre mesi, si presenta già ristabilita in condizioni soddisfacenti di salute: può reggersi e camminare senza gruccie.

Esame anatomico dei pezzi esportati (conservazione in liq. Müller). — Il corpo uterino offre, a livello dell'inserzione tubarica, una larghezza di cm. 4,6, un diametro anteroposteriore di cm. 3,9, è molliccio, succolento, congesto. Le tube non offrono alterazioni apprezzabili: i vasi

della mesosalpinge e del mesovario sono molto appariscenti e numerosi: l'ovaio sinistro ha una lunghezza di cm. 2,7, un'altezza di cm. 2,4, uno spessore di cm. 1,9, offre solchi piuttosto profondi, mal distinte al taglio la sostanza corticale dalla midollare, e la presenza verso il margine convesso di una piccola cisti ematica. L'ovaio destro congesto, tomentoso, presenta pure una cisti ematica in vicinanza al polo suo esterno, della grossezza di una nocciuola: i suoi diametri, non tenendo conto della cisti, sono 3,9, 2,7, 1,8.

All'esame microscopico si notano come più interessanti i seguenti fatti: la sostanza corticale è ridotta ad esile strato, mentre enormemente aumentata è in proporzione l'estensione della midollare. L'albuginea è affetta da sclerosi diffusa. La sostanza ovigena, come in casi di congestione permanente dell'ovaio e di varicocele pelvico, offre una dissociazione marcata dei fasci connettivali (Vedi Tav. I, fig. 1), tantochè, senza diligente inclusione e consecutiva appiccicatura delle sezioni, non sarebbe stato possibile farne opportuno trattamento, tanto facilmente si sfibrano ad ogni minimo contatto. Qua e là si sono costituite per edema delle zone areolari a maglie più o meno ampie, mentre sono scarsissimi i follicoli, ed i superstiti presentano nell'ovolo e nelle cellule della granulosa processi degenerativi. Lo stato di infiltrazione edematosa dello stroma è evidente anche in corrispondenza alla sostanza midollare, dove altri spazii allungati, stellati, ovalari rappresentano le vestigia di vasi linfatici dilatati, circondati da connettivo in preda ad incipiente sclerosi. Nello stroma trovansi pure disseminati numerosi focolai di emorragie interstiziali. Le accennate lesioni sono più manifeste nell'ovaio destro, ma non mancano nel sinistro. I vasi, sopratutto nella zona midollare, sono assai più numerosi e dilatati del normale: le arterie offrono la media e l'avventizia in istato di rilevante ispessimento: le due tonache e sopratutto la media, in parecchi vasi, sono trasformate in una massa omogenea, colorantesi diffusamente coll'eosina; parecchie minori arterie sono obliterate od offrono un lume estremamente ristretto ed eccentrico. Nei vasi obliterati la sezione assomiglia ad un disco omogeneo, nel mezzo del quale si notano però tuttora isolati nuclei delle cellule dell'intima. Molti tra i capillari, in sezione obbliqua o longitudinale, si presentano a decorso serpeggiante, a foggia di cavatappi. Le vene sono ampie, pure sovente ispessite nella loro parete. Il connettivo perivasale è estesamente dissociato per edema. Mentre, come già dissi, esiste estrema penuria di follicoli primitivi od in via di sviluppo, sono invece numerosi i *corpora albicantia*, le forme degenerative follicolari e grossi *corpora fibrosa*; i quali ultimi, in questo come in altri miei casi, sono in maggior numero verso il confine tra la sostanza midollare e la corticale. In alcune sezioni si presentano accumuli di vasi, che avendo colpiti da degenerazione anche l'avventizia e lo scarso connettivo interposto, costituiscono un conglomerato ricco di sostanza

omogeneizzata, jalina e confermano la possibile origine di corpi fibrosi anche da cementazione in blocchi jalini di più vasi finitimi. Tutti i vasi con degenerazione jalina nelle sezioni trattate con v. Gieson hanno assunto una intensa colorazione rosso-brillante.

Osservazione V.

Desolina A., d'anni 31, da Noceto, viene accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Parma il 27 Dicembre 1894 ed assume il N. 19. Le prime manifestazioni dell'osteomalacia colpirono la paziente sul finire del primo allattamento, che durò quindici mesi; durante la seconda gravi lanza, che si iniziò quando l'allattamento non era peranco ultimato, e specialmente nel corso della terza e quarta gestazione la donna peggiorò di tanto, che da ultimo si reggeva a stento coll'aiuto di un bastone. Fu ricoverata per qualche tempo nell'Ospedale Civile di Parma e curata, pare, con joduro di potassio. Attualmente è curva sulla persona, assai deperita nella nutrizione; accusa dolori vivissimi alla menoma pressione sulle ossa pelviche, sulle coste. Però la pelvi non ha finora subìto grave deformazione.

Negativa riescì la reazione dei nitriti nelle urine, se fresche: in quelle emesse da più giorni la reazione fu più palese e più pronta, se la loro emissione fu spontanea, che non quando vennero estratte mediante cateterismo.

Si esperisce il 5 Gennaio la cloronarcosi protratta senza alcun vantaggio nelle condizioni della paziente, senza alcuna modificazione nel contegno delle urine alla reazione di Griess.

All'esame ginecologico nulla risulta di speciale, salvo che l'utero, in leggera antiflessione, ha misure un po' superiori al normale: annessi e parametrio indolenti e liberi.

Addì 9 Gennaio si pratica l'ovaro-salpingo-isterectomia per via vaginale, parte coll'uso di klemmer, parte con legature in seta. Decorso apiretico: la donna viene congedata il 6 Febbraio in istato di sensibile miglioramento, però tuttora bisognosa dell'appoggio su un bastone per camminare. Addì 11 Novembre 95 viene all'ambulatorio della Clinica senza bastone, pure abitando assai lontana dall'Istituto: sta bene, è ingrassata, non ebbe alcuna perdita dai genitali.

Esame anatomico dei pezzi esportati (conservazione in alcool). — L'utero offre una lunghezza di cm. 9,5, uno spessore di 4,9, di cui 2,5 per la parete anteriore, una larghezza di 5 cm. Entrambe le ovaie si presentano un po' bernoccolute per la sporgenza sulla loro superficie di poche microcisti: la destra presenta le seguenti misure in lunghezza, altezza e spessore: cm. 3,1, 2,1, 1,4; la sinistra cm. 3,6, 2,3, 1,4.

All'esame istologico l'albuginea e lo stroma della sostanza corticale

offrono una tessitura appena più stipata del normale: il connettivo della corticale è compatto, ricco di nuclei; i fasci di fibre si incrociano nella loro direzione in modo confuso. Oltre a follicoli in diverso stadio di sviluppo, trovansi pochi altri in preda a processo di atresia o già trasformati in corpi fibrosi (Tav. II): è unicamente attorno a questi ultimi che i vasi sanguigni, del resto discretamente numerosi, offrono nella loro parete povertà di nuclei, scarsa colorabilità e deformazione dei residui, e tendenza del tessuto ad assumere l'aspetto omogeneo, vitreo della degenerazione jalina.

La colorazione con eosina, con safranina e v. Gieson confermava tale giudizio di incoata jalinizzazione di questi vasi, limitata a centri circostanti a corpi fibrosi ed anche a qualche corpo albicante. Il fatto si ripete per l'uno e l'altro ovaio. La sostanza midollare non offre traccie di processo angiodistrofico.

Osservazione VI.

B. Marcella, da Berceto, contadina, d'anni 39, gravida, viene trasportata nel R. Istituto Ostetrico di Parma il 6 Novembre 1895. È gravida per la dodicesima volta: le manifestazioni osteomalaciche si iniziarono or sono sette anni, esacerbandosi nella penultima e nell'attuale gravidanza. La pelvi offre deformazioni classiche per osteomalacia: diam. bisischiatico di 4 cm. A stento il dito esploratore può penetrare tra le branche ischiopubiche: caratteristico rostro osteomalacico, ecc. La massima possibile abduzione delle coscie allontana i condili di cm. 15.

Nella seconda decade del nono mese, a travaglio non ancora iniziato, si interviene con operazione Porro (29 Dicembre 1895). Vascolarità imponente dei legamenti larghi. Feto vivo, sano. Decorso apiretico, regolare. Rapida scomparsa delle sofferenze osteomalaciche: la paziente riveduta anche recentemente gode buona salute e può attendere senza alcuna sofferenza alle proprie faticose occupazioni.

Esame istologico dei frammenti di ovaio tolti colla amputazione utero-ovarica (conservazione in liquido Müller). — Assai avanzata vi si riscontra la degenerazione jalina delle pareti vasali, in grembo sia alla sostanza corticale, che alla midollare. Nella prima, in corrispondenza a diversi punti dello stroma, si osservano isole di connettivo pallide, d'aspetto vitreo, un po' splendenti, omogenee, che colle sostanze coloranti si contengono come blocchi poco estesi di connettivo jalinizzato. Numerosi follicoli in preda a regressione. Il numero e la dilatazione dei vasi sono sensibilmente aumentati, sopratutto nella regione midollare: i vasi dell'ilo hanno parete ispessita, non però in preda a processo distrofico.

Osservazione VII.

N. Adelaide, da Borgo San Donnino, d'anni 29, entra nel R. Istituto ostetrico di Parma il 23 Gennaio 1896. Trovasi al sesto mese della sua gestazione. Le sofferenze osteomalaciche, la diminuzione di statura, ebbero inizio nella seconda gravidanza: durante il consecutivo allattamento ed il corso dell'attuale gestazione, l'osteomalacia fece rapidi progressi, tantochè attualmente la pelvi offre una stenosi assoluta.

La paziente è per di più albuminurica (3 0|00 in media all'Esbach), ed è incolta, di tanto in tanto, da accessi convulsivi per intossicazione uremica. Essendo ormai impraticabile per le vie naturali la interruzione della gravidanza, stante l'estrema angustia del bacino, si decide sottoporre per qualche tempo la paziente a cura igienica e medica, nell'intento di migliorare le condizioni sue generali ed intervenire in seguito per via laparotomica, quando d'improvviso il 19 Febbraio, la paziente venne incolta da intenso accesso convulsivo con vomito copioso di sostanze alimentari, e venne in pochi istanti a soccombere. Epicrisi all'esame anatomico: miocardite interstiziale diffusa, nefrite bilaterale atrofica in soggetto osteomalacico.

Esame anatomico degli annessi (conservazione in liq. Müller). — I legamenti larghi offrono uno stato rilevante di varicosità e vascolarità: il connettivo è succolento, edematoso. Le ovaie, completamente libere, sono voluminose, tomentose, molliccie: al taglio è mal distinta la sostanza corticale dalla midollare: le misure in lunghezza, altezza e spessore sono rispettivamente, per la sinistra, di cm. 5,9, 3,8, 1,9, per la destra di cm. 4,6, 3,3, 1,6.

All'esame microscopico si riconosce, come nel caso IV, uno stato di rilevante edema dello stroma ovarico, coi fatti di dissociazione dei suoi elementi e di vacuolizzazione del lasso connettivo in corrispondenza alla regione midollare ed all'ilo. I vasi sono ectasici, repleti di sangue: le arterie offrono pareti sensibilmente ispessite, con abbondanza di elementi muscolari ed elastici nella media, senza però apprezzabile degenerazione. In alcune sezioni dell'ovaio sinistro, in prossimità al confine tra la sostanza ovigena e la midollare si osserva una lunga serie di piccoli vasi, l'un l'altro assai avvicinati, quasi disposti a coroncina. A sinistra il corpo luteo della gravidanza; i follicoli per numero non presentano sensibili variazioni rispetto al normale: nelle molte sezioni esaminate non ho trovato alcun esemplare di atresia follicolare.

Osservazione VIII.

Rosa D., contadina, da Compiano (Appennino Parmense), d'anni 39, viene trasportata nel R. Istituto ostetrico di Parma il 18 Maggio 1896.

Ebbe nove gravidanze a termine, di cui una gemellare. L'ultimo puerperio fu febbrile. Durante la penultima sua gravidanza si iniziarono dolori osteomalacici al torace, alla pelvi, e progressiva diminuzione di statura. Le sofferenze si esacerbarono durante l' ultima gravidanza, tantochè non potè più reggersi, nè camminare. Anche attualmente giace continuamente nel letto, incapace del più piccolo movimento. L'abduzione delle coscie è ridotta a 5 cm.: lo spazio costo-iliaco è quasi scomparso: la pelvi è così notevolmente ristretta, che il promontorio sacro-vertebrale trovasi a tutta vicinanza delle branche orizzontali del pube, a loro volta atteggiate a forma di pronunciato rostro osteomalacico.

A peggiorare la prognosi per la salute della paziente coesiste albuminuria, non però in grado rilevante nè accompagnata a cilindruria. Si tardò quasi d'un mese l'intervento operativo nella lusinga di migliorare, se era possibile, le condizioni generali della paziente; ma il ripetersi per due volte, a breve intervallo, del periodo mestruale, la persistente anoressia, l'immobilità quasi assoluta nel letto ed il persistere immutato dell' albuminuria frustrarono tali speranze, mentre intanto lo stato della paziente rendeva sempre maggiore la necessità dell' intervento. Questo, per la stenosi pelvica assoluta, dovette essere praticato per via laparotomica (celio-ovaro-salpingo-isterectomia sopravaginale con affondamento del peduncolo mediante allacciatura elastica definitiva). L'operazione decorse spiccia e senza accidenti (21 Giugno 1896). Fu notato uno stato di cospicua vascolarità dei legamenti larghi. Decesso della paziente con fenomeni di asistolia e di pseudo ileo in quarta giornata dall'atto operativo. La necroscopia riuscì scarsamente illustrativa per lo stato di rapida putrefazione del cadavere per l'estiva stagione. Ad ogni modo alla sezione dell'addome non si rinvenne alcun versamento, nè traccie di peritonite: il peduncolo, perfettamente libero, era in buone condizioni di riparazione. Non si potè stabilire epicrisi.

Esame anatomico degli organi genitali esportati (conservazione in alcool). — L' utero e gli annessi durante l' atto operativo offrivano un colorito come gravidico per la ricca loro vascolarizzazione: l'utero era anche molliccio, della grossezza di un utero gravido al secondo mese. Le ovaie sono alquanto allungate: a sinistra notasi un follicolo di recente scoppiato, con coagulo sanguigno. Tanto a destra quanto a sinistra scorgonsi alcune piccole cisti a contenuto limpido. Le misure in lunghezza, altezza e spessore sono per l'ovaio destro rispettivamente 3,9, 1,9, 1,5: e per il sinistro 4,1, 1,8, 1,7. La salpinge di destra è alquanto ispessita per processo di infiammazione parenchimatosa.

All'esame microscopico si riconosce in entrambe le ovaie un estremo assottigliamento della zona ovigena (V. Tav. I, fig. 2.ª): anzi in più punti si vedono partire dalla midollare delle propaggini di un connettivo lasso assai vascolare, ben distinto dallo stroma più stipato ed a fibre più corte

della sostanza corticale; e tali propaggini, spingendosi verso l'albuginea, vengono a ridurre la corteccia ovarica in tali punti a minimo spessore ed a separare la stessa in segmenti più o meno estesi. Scarsezza estrema di follicoli ad eccezione di quelli in preda ad atresia, che offrono aspetto assai diverso: prevalgono le foggie di una semplice capsula sclerotica pieghettata a festone, e quelle in cui detta striscia limita incompletamente una cavità, piena di connettivo giovane, finamente reticolato, a larghe maglie, la cui struttura ricorda quella di un tessuto embrionale; talora esiste verso il centro uno spazio libero. La capsula sclerotica ondulata, omogenea, raramente è continua; per solito presentasi qua e colà interrotta dallo stroma ovarico. Il processo di sclerosi della stessa è progressivo; tantochè negli esemplari dove la forma è iniziale, la stria pieghettata assume le sostanze coloranti, tingendosi in rosa chiaro per l'eosina, in rosso intenso per la reazione di v. Gieson; invece a stadio avanzato resta quasi refrattaria. La stria in alcuni casi è doppia concentrica (follicolo colpito da atresia in epoca prossima a maturanza), ed allora la zona più esterna ha raggiunto per solito un grado più avanzato di sclerosi che non l'interna: altre volte (e questo è il caso più frequente) la stria è unica.

Nel centro della sostanza midollare, come anche in talune delle suaccennate propaggini, che dalla midollare si proiettano verso l'albuginea, esistono gruppi isolati di piccole arterie in preda ad avanzata degenerazione jalina, qualcuna anzi già passata ad esito di obliterazione: frammezzo a tali vasi notansi isolette di connettivo omogenizzato, pure per degenerazione jalina (V. Tav. III, fig. 1.ª). Nei vasi il processo ha incolto sia la media che l'avventizia: ha preferito le piccole arterie. I grossi vasi dell'ilo ne sono affatto esenti.

Anche in corrispondenza all'utero parecchi piccoli vasi particolarmente in vicinanza alla mucosa sono in preda a degenerazione jalina.

Osservazione IX.

S. Luigia, da Salsomaggiore, d'anni 41, contadina, viene tradotta al R. Istituto ostetrico di Parma il 16 Ottobre 1896. Ebbe quattro gravidanze, di cui la prima interrottasi per aborto spontaneo, l'ultima, otto anni or sono, ultimatasi con parto assai laborioso. L'osteomalacia incolse la paziente durante quest'ultima gravidanza. Da cinque anni la donna si regge a stento, trascinandosi sull'appoggio di un bastone. È molto incurvata della persona; venne curata per qualche tempo all'Ospedale di Borgo San Donnino.

Per quanto la pelvi sia già notevolmente ristretta (diam. spine 17 cm.; diam. bisischiatico mm. 45) e l'abduzione delle coscie sia assai ridotta, pure per la rilasciatezza del piano perineale riesce possibile intervenire

per via vaginale ed addì 1.° Novembre viene praticata l'ovarosalpingo-isterectomia, parte coll'uso di legature in seta, parte coi klemmer. Il decorso fu turbato dalla formazione tardiva di una piccola fistola vescico-vaginale, causata verosimilmente dal distacco di escara, che la presenza dei klemmer aveva causato sulla parete vagino-vescicale, fortemente compressa contro le sporgenze ossee per la deformazione della parete pelvica anteriore. La fistola viene guarita mediante cruentazione e sutura.

La paziente lentamente, ma progressivamente migliorò nelle condizioni sue ed ora cammina abbastanza speditamente, non soffre dolori alla pressione delle ossa, ed è notevolmente ricostituita nello stato di sua nutrizione.

Esame anatomico degli organi esportati (conservazione in liq. Müller, fissazione di frammenti di ovaio in subblimato). — L'utero è aumentato in volume e piuttosto molliccio: ha una lunghezza di cm. 10, una larghezza di cm. 6-4, uno spessore di 5-4. Ambedue le ovaie presentano solchi piuttosto profondi, da cui risultano alla superficie dell'organo delle sporgenze sinuose a mo' di circonvoluzioni. L'ovaio destro è anzi quasi diviso da un profondo solco mediano, così da assumere una forma bilobata. Verso il polo esterno dell'ovaio di sinistra osservansi due piccole cisti ematiche. Le dimensioni di detti organi in lunghezza, altezza e spessore, sono rispettivamente di cm. 3,8, 2, ed 1-2 per l'ovaio destro: di cm. 3,9, 1,5 ed 1 per il sinistro.

All'esame microscopico, oltre ad un certo grado di ispessimento dell'albuginea, mal distinta nei suoi confini dalla zona corticale, e rivestita qua e colà da residui conservati di epitelio normale, si rilevano i seguenti fatti: prevalenza di sviluppo, che anche in questo caso la midollare ha assunto rispetto alla corticale, povertà estrema di follicoli in normali condizioni, ragguardevole invece il numero di quelli colpiti da atresia, aumento numerico dei vasi, ectasia dei venosi, notevole ispessimento con degenerazione jalina, specialmente in corrispondenza alla tonaca media delle arterie di medio o piccolo calibro. Anche l'intima, benchè in minor grado, partecipa in alcuni vasi alla degenerazione: presenta zone di ispessimento ed in alcuni vasi proliferazione, in altri scomparsa dei nuclei endoteliari. Molti vasi sono passati già ad esito di obliterazione (V. Tav. III, fig. 2.ª); interessante in alcune sezioni è la fusione di più vasi degenerati in un blocco di sostanza jalina, in cui però si scorgono ancora qua e colà lumi vasali tuttora pervii e contenenti sangue (vedi Tav. IV); risalta evidente la prossima trasformazione di questi conglomerati in corpora fibrosa, analoghi a quelli di origine dai follicoli o dai corpi lutei.

Anche in questo caso non mancano, in grembo all'utero, fatti di ispessimento e di degenerazione jalina delle pareti vasali, sopratutto nelle piccole arterie.

Osservazione X.

Sch. Ercolina, d'anni 43, maritata, nata a Vicofertile (Parma), domiciliata a Parma, viene accolta nel R. Istituto ostetrico il 15 Maggio 1897. Tre gravidanze: dei puerperî uno febbrile, il primo. Da alcuni mesi ha avvertito dolori alla cintura pelvica, alle ossa toraciche, e cammina con difficoltà, appoggiandosi ad un bastone, curva della persona. È debole, deperita. All'esame per vagina sono squisitamente dolenti alla pressione le branche ischio pubiche, che tendono già a foggiarsi a lettera Ω. Il cotile di destra ha pure subìto un legger grado di introflessione ed è squisitamente dolente alla pressione. Le branche orizzontali convergono dall'esterno all'interno, dall'indietro in avanti formando non un vero rostro osteomalacico a branche quasi parallele, ma un angolo ottuso aperto all'indietro: non si raggiunge il promontorio; alquanto limitata e dolorosa l'abduzione delle coscie.

Addì 23 Maggio isterectomia vaginale con estirpazione degli annessi. Decorso apiretico. La donna viene congedata il 24 Luglio, discretamente migliorata nelle condizioni sue generali. Le sofferenze osteomalaciche tardarono alquanto ad attenuarsi in questo caso nel decorso post-operativo; ma attualmente la paziente gode buona salute e cammina abbastanza speditamente senza dolori.

Esame degli organi esportati (conservazione in formalina). — L'utero è alquanto ingrossato (lunghezza cm. 8,5, larghezza 5,1, spessore 3,5). Ambedue le ovaie hanno consistenza un po' maggiore del normale: offrono solchi qua e là profondi. Misure per l'ovaio destro cm. 3,1, 1,7, 1,2, pel sinistro cm. 3,8, 2,1, 2,9.

All'esame microscopico in entrambe le ovaie l'epitelio, dove è conservato, non offre particolarità degne di nota. Nella zona corticale trovansi numerosi centri di degenerazione jalina vasale, circostanti per solito a corpi fibrosi (V. Tav. III, fig. 3.ª) od a follicoli atresici. Lo stroma è alquanto ispessito ed in molte sezioni non offre traccia alcuna di follicoli in via di sviluppo e tanto meno di primitivi. I vasi nella sostanza midollare sono aumentati in numero, parecchi a decorso serpeggiante; qui pure, come nella sostanza corticale, la degenerazione jalina è *a centri:* di quest'ultima non trovai indizio nell'esame di diversi punti del contesto uterino.

Riassumendo: le lesioni che con maggiore costanza, però in grado diverso, ci venne fatto di riscontrare nelle ovaie di donne osteomalaciche, sarebbero le seguenti:

— la *sostanza corticale,* quasi sempre assottigliata nel suo spessore,

talora ridotta ad una lamina molto risfretta, è trasformata in un connettivo fibroso, talora piuttosto lasso, più sovente alquanto stipato, in cui vi ha povertà estrema di *follicoli* tanto primordiali, che in via di sviluppo o prossimi a maturazione. Sono invece numerose, anche in donne non avanzate in età, tanto le cicatrici, a fase più o meno inoltrata, da corpi lutei, sotto forma specialmente di *corpora albicantia*, quanto le variate espressioni anatomiche della atresia follicolare;

— la *sostanza midollare*, in ragione della atrofia dello strato ovigeno, è molto estesa e manda quasi propaggini nel medesimo, che si spingono talora a non molta distanza dall'albuginea. Lo stroma è molte volte assai lasso, ad elementi talora dissociati per edema, e con formazione di lacune più o meno larghe per vacuolizzazione del tessuto;

— i *vasi*, sopratutto arteriosi, offrono quasi dovunque un ispessimento più o meno rilevante della loro parete, tanto in grembo alla sostanza corticale che alla midollare; le vene si mostrano notevolmente dilatate. Il numero dei vasi è cospicuo, sopratutto nella midollare; ed a centri, oppure in modo diffuso, si riscontrano frequentemente in essi le manifestazioni della degenerazione jalina più o meno avanzata, la quale nelle arterie si inizia per solito dalla media. Tale processo non risparmia nè l'avventizia, nè talora il connettivo circostante ed è in tutti i casi più spiccato in quei vasi che circondano le forme avanzate di atresia follicolare, i *corpora fibrosa* ed *albicantia;* in corrispondenza di tali focolai abbondano i vasi già passati ad esito obliterazione. Nei grossi vasi dell' ilo, che in pressochè tutte le ovaie erano ectasici, manca costantemente la degenerazione jalina, che venne invece riscontrata anche in arteriuzze e piccole vene in grembo all' utero e sopratutto nel tessuto sottomucoso e porzione finitima della muscolare.

Fissiamo la nostra attenzione sopra queste due condizioni prevalenti: alterazioni vasali ed atresie follicolari.

***

Alterazioni vasali. — Chi legga il recente lavoro di Bulius e Kretschmar (1) sui processi di angiodistrofia nell'ovaio non può non restare colpito dalla grande analogia che esiste fra le alterazioni vasali, de-

(1) Bulius e Kretschmar. « Angiodystrophia ovarii. » Stuttgart, 1897.

scritte come proprie dell'ovaio osteomalacico, e quelle, che gli autori ebbero a riscontrare in casi di croniche infiammazioni dell'ovaio. Nei sette casi illustrati in detta memoria troviamo infatti segnalate come più caratteristiche le seguenti alterazioni:

— in tre casi (caso I, IV e VII) esistevano varici in grembo ai legamenti larghi;

— in quattro (casi II, IV, V e VI) la sostanza corticale era ispessita;

— in tutti i casi era evidentissimo l'aumento numerico patologico delle arterie e dei capillari, il decorso loro frequentemente serpeggiante, la dilatazione delle vene: le pareti vasali erano nel primo stadio semplicemente ispessite; più tardi si appalesavano fatti evidenti di degenerazione jalina, sovratutto in grembo alla sostanza midollare. A differenza però che nei miei casi di osteomalacia, la tonaca intima nelle osservazioni di Bulius era in preda a processo di attiva proliferazione; anzi l'obliterazione vasale viene dall'A. piuttosto attribuita a quest'ultimo fatto, anzichè alla concomitante degenerazione della media;

— nello stroma ovarico trovansi masse jaline per confluenza di vasi degenerati e per contemporanea jalinizzazione dello stroma intermedio, insufficientemente nutrito per colpa della degenerazione vasale;

— coesisteva colle accennate lesioni vasali povertà estrema di follicoli e facile degenerazione jalina e distruzione di quelli residui.

In vista della estensione e dell'intensità del processo degenerativo il Bulius non esita a classificare questa condizione distrofica come patologica in confronto alle analoghe modificazioni che si hanno, ma in modo parziale e limitato, anche in ovaia normali, e che sono inerenti alla caducità del parenchima ovarico ed alle vicende della maturazione completa od incompleta dei follicoli.

Molto analoghe sono le alterazioni che ci presenta l'ovaio in casi di fibromiomi uterini. « I vasi, scrive l'Amann, sono aumentati, la parete loro è ispessita e degenerata jalinamente. Esistono in grande numero follicoli grossi da un pisello ad una fava e cisti grosse da una ciliegia ad un uovo di piccione: sembra un modo di ipertrofia follicolare, mentre di follicoli primordiali quasi non si trova più traccia » (1). Popow di Strasburgo ha pure trovato ispessimento delle pareti vasali con restringimento del loro calibro, vascolarizzazione assai ricca della

(1) AMANN. « Kurzgefasstes Lehrbuch d. Mikroscop. gynaek. Diagnostik. » Wiesbaden, 1897.

loro sostanza midollare, e, quanto ai follicoli, o accrescimento esagerato dei medesimi, oppure loro distruzione per atresia, con produzione anche di molti *corpora albicantia* (1). Anche Bulius, col materiale di 50 casi appartenenti alla Clinica di Hegar, ha riscontrato nelle ovaie ispessimento ed infiltrazione parvicellulare dello stroma, aumento numerico dei vasi, ispessimento e degenerazione jalina delle loro pareti, talora restringimento del lume vasale o sua occlusione, precoce regressione della maggior parte dei follicoli, qua e colà degenerazione microcistica, anticipata scomparsa dei follicoli primordiali, numero stragrande di *corpora fibrosa* (2). Interessanti sono a questo proposito anche le ricerche di Pompe v. Meerdervoort (3), il quale non solo ha basato le sue vedute sull'esame di un abbondante materiale (45 ovaie), ma ha giustamente voluto estendere la propria osservazione anche a quei casi di miomi uterini, in cui le ovaie macroscopicamente apparivano tuttora normali. Trovò degenerazione jalina dei vasi ovarici e dello stroma, forte replezione vasale, presenza nello stroma di numerosi corpi jalini, con parete a festone, nei quali la persistenza quasi costante di una cavità centrale ricordava la primitiva cavità del follicolo. L'A. esclude la precedenza o concomitanza di fatti infiammatori e spiega le alterazioni per la sola modificazione di circolo, devoluta alla presenza dei miomi. Anzi il Petit ammette che anche in casi di cisti dermoidi sviluppate nel piccolo bacino e di tumori del legamento largo si abbiano alterazioni dell'ovaio affini a quelle descritte per fibromi uterini ed imputabili sempre allo stato di varicocele pelvico (4).

Una condizione anatomica è infatti comune a questi casi di neoplasie dell'apparato genitale, l'esistenza cioè di varici in grembo ai legamenti larghi: condizione che non mancava neppure in tre dei casi di angiodistrofia ovarica descritti da Bulius e Kretschmar; si aggiunga che in tutti i casi di questi AA. le vene ovariche si distinguevano per la forte loro replezione e per ectasia della loro parete.

---

(1) Popow. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1890, N. 49.

(2) Bulius. « Der Eierstock bei Fibromyoma uteri. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXIII, p. 358-427.

(3) Pompe v. Meerdervoort. « Das Ovarium bei Fibromyom des Uterus. » *Centralblatt für Gyn.*, N. 40, 1897.

(4) Petit. « Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. » *Nouvelles Archives d'obstetrique et de gynécologie*, 1891, p. 491.

A questa stessa condizione di vascolarità e di varicosità delle dipendenze uterine il Fehling, com'è noto, assegna una certa importanza, sia per l'interpretazione della patogenesi dell'osteomalacia (iperattività ovarica), sia per spiegare i successi della castrazione. Io pure ebbi a constatare, particolarmente nei casi IV, VI, VII ed VIII, l'abnorme sviluppo e turgore dei vasi dei legamenti larghi:

— anche l'edema dello stroma ovarico, la dissociazione dei suoi fasci connettivali, assai evidenti in due dei miei casi, il IV ed il VII, suffragano il concetto di una forte stasi dei plessi venosi periuterini, la quale, se è difficile a spiegarsi nei casi di Bulius e Kretschmar, può invece trovare nei casi di osteomalacia una ragione quasi altrettanto chiara come nei casi di fibromiomi, quando si pensi al concorso di queste tre cause disponenti:

— gravidanze ripetute;

— età matura della paziente;

— disturbi nel circolo endopelvico per colpa delle deformazioni scheletriche proprie all'osteomalacia.

Sul primo di questi fattori non v'ha bisogno di spendere molte parole. È conoscenza indiscussa che le ovaie si fanno in gravidanza più voluminose, più turgide e più congeste, ed « esiste qualche volta uno stato patologico dell'ovaia simile a quello, che fu riscontrato in presenza di uteri miomatosi » (1). D'altra parte le stasi passive che la gravidanza produce nell'apparato genitale, persistono frequentemente dopo lo sgravio, quando le gravidanze sieno ripetute e nei soggetti che abbiano disposizione al varicocele pelvico (Doléris): chi ricorda, diceva il Pajot (2), le dilatazioni varicose, che la gravidanza e sopratutto le gravidanze ripetute lasciano al perineo, alle coscie, alle gambe, non può ammettere che l'ovaio possa sfuggire a questa influenza. Non è improbabile anzi che alla produzione di flebectasie gravidiche genitali contribuisca, secondo Kaufmann (3), l'azione deleteria sulle pareti venose dei prodotti dell'alterato ricambio della gravida; ed in tal caso l'influenza dannosa di ripetute gravidanze sarebbe ancor maggiore

---

(1) Cuzzi. « Trattato di ostetricia e ginecologia, » vol. I, p. 336.

(2) In: Petit. Op. cit.

(3) Kaufmann. « Ueber Phlebektasien des Uterus u. seiner Adnex. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVII, Hft. 2.

nella osteomalacica, in cui certamente l'alterazione gravidica del ricambio materiale è maggiore che in gravide sane. Nè si dimentichi l'elevata fertilità delle osteomalaciche, la quale, rispetto alle medie ordinarie, di 3.9 (Fehling) per la Germania, di 3.45 per la Svizzera, sarebbe stata valutata alle seguenti cifre:

5.8 (Fehling)
4.9 (Latzko)
6.7 (v. Velits)
6.8 (Baumann)
8.2 (Rosenträger)
6.3 (Tauffer)

senza contare, come osserva giustamente Tauffer, che le medie per le osteomalaciche sarebbero anche più elevate, se non venisse interrotta frequentemente nelle stesse la disgraziata possibilità di nuove gravidanze per merito della operazione Porro oppure della castrazione (1).

Forse la forte antiversione dell'utero, come si osserva durante la gravidanza in casi di grave ristrettezza pelvica, sopratutto in donne pluripare, contribuisce a causare stasi circolatoria nelle dipendenze uterine, per il fatto che il legamento largo, particolarmente nella sua regione più elevata, subisce un certo grado sia di stiramento, sia di torsione assiale in causa dello spostamento uterino, mentre permane fissa l'inserzione sua alla parete pelvica. Quanti hanno praticato operazioni cesaree per grave vizio di bacino ricordano l'imponente vascolarità dei legamenti larghi, che lo stato di gravidanza da solo non basta a spiegare. In una comunicazione di Koffer alla Società ostetrica di Vienna, vi si accenna, ad esempio, colle parole « Auffallend war die kolossale Gefässentwicklung in den Ligamenten » (2); e frasi congeneri trovansi frequentemente in analoghe osservazioni cliniche.

L'influenza dell'età delle pazienti non è certamente minore di quella esercitata dalle gravidanze ripetute, quando si pensi che si considera come fisiologico un certo grado di angiodistrofia nelle ovaie ed anche nell'utero (3) di donne in età matura, e che l'osteomalacia puerperale

---

(1) Tauffer. *Centr. f. Gyn.*, 1896, N. 12.

(2) *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 198.

(3) Tullio Ferrari. « Ricerche istologiche sopra l'utero delle vecchie. » *Rivista di ostetricia, ginecologia e pediatria*, Torino, 1897, N. 5, p. 164.

è appunto una affezione morbosa che incoglie la donna, quand'essa è già pervenuta ad un periodo alquanto inoltrato dell'età feconda. Accennerò a questo proposito come nella statistica da me raccolta nel 1894 (1), la maggior frequenza di casi di osteomalacia che abbiano richiesto l'intervento colla castrazione siasi verificata dai 29 ai 38 anni, verso quell'epoca cioè, in cui la donna risente dannosamente le conseguenze di una fertilità che fu per essa immoderata nel periodo parossistico dell'età feconda, e non è ancora abbastanza vicina alla menopausa per averne da questa una benefica influenza sul decorso della propria malattia. Anche nell'elenco dei casi, sul cui studio il Casati ha scritto nel 1871 la sua monografia, troviamo che appena 14 casi figurano nel decennio dai 21 ai 30 anni, mentre salgono a 42 quelli del decennio consecutivo dai 31 ai 40 anni (2). Anche Saulay afferma che l'osteomalacia nella grande maggioranza dei casi colpisce la donna dai 30 ai 50 anni (3). Sasse dà come media 35. 5 anni (4).

I due fattori, età matura e gravidanze ripetute, sommano quindi spesso la loro influenza nell'istessa paziente, mentre la eventuale loro assenza ci può spiegare come in casi di osteomalacia conclamata possano talune volte mancare e lo stato di varicosità vasale nei legamenti larghi ed i fatti degenerativi in grembo all'ovaio. Così, ad esempio, le lesioni angiodistrofiche furono assai spiccate nei miei casi IV, VI, VIII e IX, nei quali i summentovati fattori, età e pluriparità, erano rispettivamente rappresentati da queste cifre:

caso	IV	41	anni di	età,	Vpara
»	VI	39	»	»	XIIpara
»	VIII	39	»	»	IXpara (una gravidanza gemell.)
»	IX	41	»	»	IVpara.

Le anzidette lesioni ovariche furono invece meno evidenti, talora appena sostituite da un semplice ispessimento delle pareti vasali con struttura ben conservata degli elementi, nei casi I, V e VII, in cui

(1) Truzzi. « La castrazione nell'osteomalacia. » Relazione alla prima riunione della Società Ginecologica ed Ostetrica Italiana. Roma, Ottobre 1894, p. 22.

(2) Casati. « Sulla osteomalacia. » Milano, 1871, p. 22.

(3) Saulay. « Contribution à l'étude de l'osteomalacie. » Thèse, Lyon, 1890.

(4) Sasse. « Ueber Einfluss d. Castration auf das Vesen d. Osteomalacie. » Inaug. Diss., Wurzburg, 1891.

o l'età era poco avanzata oppure il numero delle gravidanze pregresse era stato non elevato. Così nel caso I la paziente non aveva che 34 anni, nel VII 29 e la donna era appena alla sua terza gravidanza. Nel caso X erano numerosi i centri di degenerazione vasale, pure essendo la paziente appena IIIpara: la donna aveva però raggiunto il 43.° anno di età.

Parimenti nei primi tre casi, da me operati a Milano e che non figurano in questa pubblicazione, nonchè nei casi appartenenti ad Hofmeier (1), a Solowij (2), a Preindlsberger (3), nei quali tutti mancava ogni traccia di varicosità e di abnorme replezione vasale nei legamenti larghi, come mancavano lesioni angiodistrofiche in grembo all'ovaio, gli elementi etiologici, età e pluriparità, erano così rappresentati:

caso	operato	il	19	Maggio	1890	(Truzzi)	26	anni	di età,	IIpara
»	»	»	17	»	1890	»	34	»	»	*nullipara*
»	»	»	6	Novem.	1890	(Hofmeier)	30	»	»	*nullipara*
»	»	»	30	Ottobre	1890	(Truzzi)	30	»	»	IIpara
»	»	»	9	Giugno	1892	(Solowy)	26	»	»	IIIpara
»	»	»	1	Luglio	1892	(Preindlsberger)	29	anni,		*nullipara*

Ricorderò ancora come anche nei casi di v. Velits, ad eccezione del V e del IX, traspaia una certa correlazione tra la intensità del processo angiodistrofico e l'età e pluriparità delle pazienti. Così, a modo d'esempio, le lesioni erano assai spiccate ed estese nei seguenti quattro casi:

caso	I	età	anni	41	Vpara (un parto gemellare)
»	II	»	»	40	VIpara
»	III	»	»	43	XIpara
»	VII	»	»	41	VIIIpara.

Negli altri cinque casi — fatta eccezione, come già dissi del V e del IX, in cui la gravità della lesione ovarica era forse inerente alla preponderante influenza del terzo fattore etiologico, di cui diremo in appresso — il processo di angiodistrofia od era più limitato nella sua

---

(1) Hofmeier. Op. cit.

(2) Solowij. Op. cit.

(3) Preindlsberger. Geb. gyn. Gesellschaft in Wien. Seduta 21 Marzo 1893. *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, p. 429.

estensione (degenerazione parziale, ad isole) o non accompagnantesi ad evidente aumento nel numero dei vasi. Tali casi si riferiscono appunto a donne, la cui età o pluriparità trovansi espresse da cifre un po' meno elevate delle precedenti:

caso	IV	donna	di 34	anni	IVpara
»	VI	»	» 33	»	IVpara
»	VIII	»	» 38	»	IVpara

In due dei tre casi che vennero studiati da Heyse e da Rossier, con reperto positivo per la degenerazione jalina, età e pluriparità erano pure piuttosto avanzate: l'una infatti delle pazienti aveva 39 anni ed era VIIpara, l'altra 37 anni ed era Vpara. Nel caso di Orthmann, pure positivo pel reperto di spiccata degenerazione jalina, la donna aveva 36 anni ed aveva figliato nove volte.

Il fattore però che, a mente mia, maggiormente contribuisce a causare nelle osteomalaciche tendenza alla varicosità e replezione vasale e consecutivamente alla degenerazione jalina delle arterie e che può spiegarci come eccezionalmente possano precocemente stabilirsi tali alterazioni anche allora che la paziente è relativamente giovane e non ha raggiunto un grado elevato di pluriparità, è rappresentato dalle deformazioni stesse dello scheletro, quali si verificano per causa di osteomalacia. Tali deformazioni vogliono essere considerate sia in corrispondenza alla colonna vertebrale, sia in corrispondenza alla pelvi.

Com'è noto la statura della osteomalacica viene notevolmente a diminuire, fino a ridursi anche di un buon terzo (Saulay), per causa specialmente della minorata altezza della colonna vertebrale, la quale diminuzione a sua volta dipende

— dall'esagerarsi delle normali curvature della colonna;

— dal prodursi di nuove abnormi curvature;

— dallo schiacciamento verticale, che subiscono i corpi rammolliti delle vertebre.

Alcuni grossi tronchi arteriosi e venosi (aorta, cava ascendente, arterie e vene iliache) devono di necessità subire inflessioni più o meno marcate, le quali a differenza di quanto avviene nel rachitismo saranno tanto più dannose nei loro effetti, in quanto l'osteomalacia incoglie le pazienti quando lo sviluppo anatomico dell'apparato circolatorio è già completo ed i grossi vasi hanno una tal quale rigidità, ed avranno per

effetto di smorzare la velocità della corrente arteriosa e di ritardare il circolo refluo venoso.

Tali ostacoli meccanici alla circolazione sanguigna determinano frequentemente edema nel segmento inferiore del corpo delle pazienti (1), e vengono naturalmente ad aggravarsi al sopraggiungere di nuove gravidanze. È interessante a questo riguardo l'osservazione di Chiarleoni, il quale in uno dei suoi casi potè constatare non solamente dilatazione dei vasi dei legamenti larghi, ma congestione anche della massa intestinale (2).

In modo speciale poi per la irrigazione sanguigna dei visceri endopelvici, altre e non lievi cause di una remora di circolo si aggiungono nelle condizioni stesse della pelvi osteomalacica. Basta riflettere un istante alla grave riduzione diametrica che subiscono i bacini osteomalacici, e particolarmente a quella dei diametri trasversi ed obliqui, per convincersi che i legamenti larghi non possono in tali bacini rimanere normalmente dispiegati dal margine uterino alla parete laterale del bacino: ciò mi sembra chiaramente dimostrato dalla figura schematica della Tav. V, nella quale, essendo stato inscritto nel campo di una pelvi normale il contorno di una pelvi osteomalacica (esemplare N. 12 degli schemi appartenenti alla memoria di Casati), scorgonsi le marcate inflessioni, che devono di necessità subìre i legamenti larghi per la deformazione della pelvi.

I vasi uterini ed utero-ovarici risentiranno necessariamente nel loro decorso la dannosa influenza delle pieghettature dei legamenti larghi: di qui nuova ragione di stasi sanguigna per diminuita velocità della corrente arteriosa ed ostacolato reflusso venoso. Quella *macies* dei tessuti uterini, che venne bene riconosciuta da Thorn, da Gelpke, da v. Velits, la quale ricorda davvicino la mollezza dell'utero puerperale, e verosimilmente interessa non l'utero solo, ma tutte le parti molli della pelvi (3), trova, a mente mia, una chiara spiegazione nella

---

(1) V. Saulay, op. cit., p. 18.

(2) Chiarleoni. « Osteomalacia puerperale e castrazione. » Catania, 1891.

(3) Che anche la vescica urinaria possa essere in preda a *macies* come l'utero osteomalacico, ebbi prova recentemente in occasione di una laparotomia in un caso di osteomalacia, che non figura nel presente lavoro. Volendo vedere i limiti della vescica per l'applicazione del laccio sull'istmo uterino, invitai persona che assisteva all'atto operativo a spingere verso l'alto il catetere metallico che già trovavasi in vescica, per vedere i limiti superiori di

imbibizione sierosa del connettivo, nella stasi venosa locale, in quella stessa flessuosità e varicosità vasale in grembo ai legamenti larghi, segnalata dal Fehling ed evidente anche in parecchi dei miei casi, e che a sua volta ripete sua origine in modo precipuo dalle condizioni di angustia pelvica, di accorciata estensione in larghezza dei legamenti larghi e di diminuita altezza della colonna vertebrale.

A dir vero, nei casi di estrema ristrettezza può avvenire, come osservarono v. Velits, Saulay ed altri, che l'utero e le sue dipendenze non trovando spazio nella piccola pelvi, emergano al disopra del piano dello stretto superiore; nel qual caso i legamenti larghi saranno, anzichè pieghettati, assai dispiegati e stirati: gli è certo però che questa istessa gravissima deturpazione scheletrica non può non influire — fosse almeno soltanto per le deviazioni e l'accorciamento della colonna vertebrale — sulla circolazione dei visceri addominali e più particolarmente degli endopelvici.

Non è improbabile che, anche nei casi descritti dal dott. Ferroni (1) di aumento numerico e degenerazione jalina dei vasi in ovaie di donne rachitiche, abbiano influito sulla produzione di tali lesioni i tre accennati fattori, età della donna, sua pluriparità, stenosi grave anche trasversa della pelvi. Il dott. Ferroni, che pubblicamente ringrazio, mi ha potuto fornire qualche utile dato su uno de' suoi due casi, mancando anche a lui notizie cliniche sull'altro: trattavasi appunto di donna di 38 anni, VIpara, con una pelvi *universalmente* irregolarmente ristetta (CV. di 65 mm.). Ancora meglio spiccate saranno, a mio avviso, le lesioni angiodistrofiche dell'ovaio in donne in età matura, molto pluripare, e con una pelvi rachitica a tipo pseudo osteomalacico.

Più gravi saranno le condizioni di stasi quando l'utero nelle donne osteomalaciche trovisi retroflesso nella piccola pelvi: anzi il Winckel ed il Kleinvächter (2) inclinano ad ammettere che tale spostamento e le eventuali annessiti che lo possono complicare rappresentino la causa

---

questa. Benchè la pressione sul catetere fosse fatta con tutto il possibile riguardo, ne venne perforazione della vescica e si vide l'estremo del catetere penetrato tra le pagine del legamento largo di sinistra. Credetti partito prudente rinunciare alla amputazione sopravaginale dell'utero e mi limitai alla ovarosalpingectomia bilaterale. Le urine permasero sanguinolenti la prima e seconda giornata, poi si resero normali e la guarigione avvenne in modo regolare.

(1) Ferroni. Op. cit.

(2) Kleinwaechter. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn*, Bd. XXX (discussione).

precipua della aumentata vascolarizzazione dei legamenti larghi in casi di osteomalacia. Che tale opinione pecchi però di esagerazione lo dimostra il fatto che in parecchi casi fu constatata varicosità dei legamenti in osteomalaciche, nelle quali l'utero aveva sede normale mentre per contrario in altri casi, pure coesistendo retroflessione, l'iperemia dei legamenti larghi non presentava intensità eccezionale. Di quest'ultimo genere è il caso pubblicato nel 1896 da Thorn (1), mentre nell'antecedente la retroflessione, che pure coesisteva, si accompagnava ad esagerata vascolarizzazione ed a *macies* dell'utero e sue dipendenze. Ad ogni modo giova non dimenticare che le retrodeviazioni nelle osteomalaciche sono frequenti, probabilmente, a parer mio, in causa dell'allentamento dei legamenti utero-sacrali, i quali inserendosi posteriormente in corrispondenza della seconda vertebra sacrale ed ai lati dell'intestino retto, risentono le conseguenze della deformazione del sacro e dello spostamento rettale; basti il dire che tale spostamento figurava in quattro dei nove casi di v. Velits, in cinque di quei sette casi di Fehling, nei quali la irrorazione vasale nell'ambito degli annessi era in notevole aumento. Giustamente d'altra parte osserva il Fehling, nel che concordano anche le mie osservazioni, come nelle laparotomie per la ventrofissazione dell'utero retroflesso mai avvenga di riscontrare una stasi sanguigna dell'apparato genitale interno tanto cospicua, quanto si osserva in alcuni casi di esteomalacia.

Le alterazioni delle pareti arteriose, sia in grembo all'ovaio, sia in corrispondenza all'utero (v. Velits, Truzzi) e probabilmente a tutte le parti molli endopelviche, possono pure interpretarsi come la conseguenza dell'accennata remora circolatoria. In una prima fase si produrrebbe — per iperattività contrattile compensativa delle pareti vasali — un processo di ipertrofia ed iperplasia della tonaca media, già del resto assai sviluppata abitualmente nei vasi ovarici; in una seconda fase succederebbero nella media fatti degenerativi, i quali non tardano ad estendersi all'avventizia ed anche al connettivo perivasale, quando il lume delle arterie cominci ad essere ristretto e la nutrizione del tessuto circumambiente compromessa dalla deficienza di circolo locale.

---

(1) Thorn. « Zur Kasuistik der Kastration bei Osteomalacie. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 41, 1896, p. 1043. — « Zur Kasuistik der Kastration bei Osteomalacie. » *Centralb. f. Gyn.*, N. 41, 1891, p. 828.

Ultimo ad alterarsi sarebbe lo strato endoteliare dell'intima, perchè i suoi delicati elementi possono trarre per maggior tempo nutrizione dal poco sangue, che tuttora può circolare nel ristretto lume vasale.

La degenerazione jalina, la trasformazione cioè di vasi in un connettivo omogeneo e povero di nuclei, viene infatti da molti considerata come uno stadio di passaggio alla degenerazione ateromatosa ed all'arteriosclerosi; e la calcificazione facile delle arterie jalinizzate è una delle molte prove di una certa parentela tra la degenerazione jalina, la calcare ed i processi di sclerosi ed ateroma. Ora tra i comuni fattori di queste ultime lesioni si annoverano appunto gli aumentati ostacoli nel sistema dei vasi arteriosi (Fraenkel), ed il fatto stesso del rallentamento della corrente sanguigna (Thomas, Dittrich, Traube) (1). Interessante parmi a questo proposito il reperto di Margarucci sopra ovaie esportate nella Clinica del prof. Durante in donna isterectomizzata due anni avanti ed operata in seguito di estirpazione secondaria degli annessi. Il disturbo circolatorio determinato dalla rimozione dell' utero e dalla persistenza delle periodiche congestioni mestruali, produsse ipertrofia compensativa delle pareti vasali e determinò nelle ovaie lesioni congeneri a quelle che dovrebbero, a mente mia, rappresentare in donne osteomalaciche, ma ancora giovani di età e non molto deperite, la prima fase delle modificazioni ovariche dovute all'osteomalacia: venne cioè riscontrato da Margarucci sviluppo straordinario di vasi, tanto da dare l'apparenza di un vero angioma ovarico, con ispessimento della parete arteriosa, iperplasia notevole della tonaca media, unitamente a singolare scarsezza di follicoli nello strato corticale (2).

Analoghe condizioni si verificano — però per un meccanismo diverso — in casi di miomi uterini, in cui pure ha luogo stasi e varicosità degli annessi, i quali ci presentano appunto alterazioni trofiche, che, massime per l'ovaio, hanno molta analogia, come già dissi, con quelle descritte in casi di osteomalacia. Però in casi di mioma, e più ancora in quelli di torsione del mesovario, di *descensus ovariorum,* di semplice varicocele pelvico, i processi degenerativi possono anche non

---

(1) In « Trattato ital. di pat. e terap. medica, » art. « Malattie delle arterie, » vol. IV, parte II, p. 553.

(2) Margarucci. « Stato anatomico dell'ovaio dopo due anni dall'isterectomia. » Accademia medica di Roma, tornata 24 Marzo 1895.

appalesarsi od essere più tardivi che nell'osteomalacia, mancando per solito in dette circostanze quella profonda denutrizione delle pazienti, che predispone ad una precoce degenerazione vasale e che anzi per Velits rappresenterebbe la causa precipua della degenerazione jalina nelle osteomalaciche, nell'istesso modo che i processi cronici suppurati, le affezioni cario-tubercolari delle ossa dispongono alla degenerazione amiloide. Che del resto anche nelle osteomalaciche la modificazione vasale in grembo all'ovaio possa fermarsi al primo stadio (dilatazione, replezione vasale, ispessimento delle tonache) lo dimostra qualche raro caso, come quello di Weil (1), nel quale, pure trattandosi di donna osteomalacica di 40 anni, VIpara, vennero trovate le accennate modificazioni, ma senza traccia alcuna di degenerazione jalina.

Parmi anche razionale ascrivere alla stasi circolatoria degli organi endopelvici nelle donne osteomalaciche, sia la riconosciuta frequenza di collezioni ematiche nell'ovaio (vere apoplessie endofollicolari oppure interstiziali), sia quella tendenza a profuse mestruazioni, che venne osservata frequentemente a fasi un po' inoltrate della malattia, e che, per una possibile confusione tra causa ed effetto, ha fatto pensare all'Hennig che potesse esistere un'osteomalacia da menorragie, che perciò chiamava coll'epiteto di *catameniale*. È ovvio del resto il riconoscere come tra tale fenomeno e l'osteomalacia si stabilisca in breve una tale correlazione, per cui l'un fatto tenda ad aggravar l'importanza patologica dell'altro.

Tutte le anzidette ragioni per spiegare le alterazioni dei vasi ovarici nelle osteomalaciche mi sembrano così semplici, così accettabili, da togliere fin d'ora ogni valore ad una ipotesi, sorta nella mente di alcuni ricercatori (Rossier), che la degenerazione jalina nelle osteomalaciche possa ritrovarsi in altre parti dell'organismo delle pazienti ed essere per tal modo l'espressione di una speciale alterazione del sangue in tale malattia. La persistente integrità del tubo endoteliare dell'intima nei vasi ovarici o la tardiva e secondaria sua alterazione in rapporto a quella delle altre due tonache, depongono, tra altro, poco favorevolmente sulla attendibilità di questa ipotesi.

Infine, a spiegare come da cause anche semplici possano originare

---

(1) Weil. « Osteomalakie u. Kastration, » *Prag. med. Wochenschr.*, 1895, N. 5 e 6. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, N. 37, p. 1006.

notevoli alterazioni circolatorie nell'ovaio, non va dimenticata la circostanza che tale organo presenta speciale tendenza alla sua trasformazione angiomatosa o cavernosa; la quale se si verifica con una certa frequenza, unitamente a processi di degenerazione jalina, nelle ovaie senili, non manca talune volte di prodursi avanti la menopausa come ne fanno fede i casi illustrati da Gottschalk (1) e da Braithwaite (2).

***

Alterazione dei follicoli. — Molto frequentemente nell'esame di ovaie osteomalaciche trovai anche l'alterazione dell'elemento follicolare, rappresentata sovratutto da povertà estrema di follicoli, sia primordiali, sia di quelli in via di sviluppo o già maturi, e da cospicuo numero di atresie follicolari nelle loro più svariate manifestazioni e nei diversi loro stadi di sviluppo. Nei miei casi fu anche frequente il reperto di una certa associazione delle alterazioni vasali e follicolari nel senso che, quando la degenerazione vasale era circoscritta a pochi centri, quasi sempre i vasi degenerati stavano all'intorno ad uno o più follicoli in avanzato grado di atresia.

L'Hofmeier nel suo caso, il v. Velits in due delle sue osservazioni hanno pure constatato una penuria singolare di follicoli: invece l'Orthmann, il Rossier ed il Ferroni trovarono pressapoco normale il numero dei follicoli, anzi il v. Velits in tre dei suoi casi lo giudicò superiore al normale. A questo proposito però va tenuto conto della considerazione di Heyse, il quale opina che queste discordanze dipendano più che tutto da errori per deficienza del metodo di numerazione: ed invero l'Heyse, modificando quello di Henle, che comunemente è usato e che ritiene erroneo, potè persuadersi che nei proprî casi il numero di follicoli, tanto relativamente che assolutamente, era, almeno di un terzo, inferiore al normale.

Ora, se a prima giunta la scarsezza di follicoli e la facile regressione dei superstiti può far pensare ad una nota caratteristica dell'ovaio

---

(1) Gottschalk. « Ein Fall von cavernöse Metamorphose der Ovarien. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXII.

(2) Braithwaite. « On atrophy with collapse (cirrhosis), fibroid degeneration and angioma of the ovaries. » *Tr. of the obst. soc. of London*, vol. XXXVI, p. 325.

osteomalacico, una disamina un po' attenta ci obbliga invece a togliere anche a questo reperto, come già a quello dell' alterazione vasale, la importanza e dignità di una lesione specifica, ed a spiegarlo coll' intervento di comuni e non costanti fattori causali. Questi possono essere così distinti:

— età matura delle pazienti;

— grado elevato di pluriparità;

— precedenza di stasi sanguigna nell' ovaio e di processi angiodistrofici;

— denutrizione della paziente;

— vita sedentaria, talora forzata immobilità a letto della medesima.

Anzitutto l'età delle pazienti, come valse a darci plausibile ragione della frequenza ed intensità delle degenerazioni vasali ovariche, non ha minore importanza nel chiarire il significato delle accennate lesioni follicolari. Il fenomeno della regressione e distruzione continua dei follicoli ovarici, a qualunque grado del loro sviluppo, osservato dapprima nei mammiferi, poi riconosciuto e studiato anche negli altri vertebrati, è fenomeno fisiologico in correlazione coll' altro fatto, che gli ovarii di tutti gli animali producono incessantemente un numero di ova assai maggiore di quelle che vengono a completa maturità, per modo che dall' eccesso della produzione consegue il fenomeno della metamorfosi regressiva in molti follicoli, sia nell' embrione come nell'adulto, sia nei follicoli bene sviluppati come nei primordiali. Il fenomeno anzi non mancherebbe neppure negli invertebrati e le ricerche di Leydig, di Hertwig, di Schneider, di Balfour, di Russo, hanno dimostrato che anche nella scala zoologica inferiore vi ha il fatto della degenerazione di ova sia mature che immature come nei vertebrati e che i processi, che conducono alla distruzione dell'ovo hanno analogia con quelli che Paladino ed altri descrissero pei mammiferi.

Però la produzione di ova è maggiore nella giovane età, mentre i processi di metamorfosi fisiologica involutiva continuano e si fanno anche prevalenti man mano che la vita sessuale si avvicina al termine delle sue fasi. Anche nella donna il numero dei follicoli va sempre diminuendo man mano dessa si avvicina al climaterio; tantochè non si può trarre giudizio sul numero normale o meno dei follicoli se non tenendo conto dell'età del soggetto. Non è quindi a meravigliarsi se in donne, la cui età oscilla, come nei miei casi, dai 29 ai 43 anni, la

età stessa rappresenti un primo e non trascurabile fattore della diminuzione dei follicoli e della prevalenza di forme di metamorfosi involutiva.

Anche le gravidanze ripetute, in correlazione alla nota fertilità delle osteomalaciche, non sono forse estranee alla produzione di numerosi fatti di atresia follicolare, se, come ammette Gastel, influisce potentemente su tale fenomeno una ipertrofia, che si produrrebbe secondo l'A. in tutto il tessuto connettivo dell'ovaio e sopratutto in corrispondenza alla theca follicolare, durante i primi tempi della gravidanza (1), e se, almeno in piccola parte, si verificano anche nella specie umana, i fenomeni osservati da Stratz nell'ovaio di taluni mammiferi, nel quale l'A. avrebbe riscontrato dopo l'iniziarsi della gravidanza estesa degenerazione dei follicoli, particolarmente coi caratteri della degenerazione jalina (2); una insufficiente attività rigeneratrice potrebbe rendere nella osteomalacica più manifeste e diuturne le anzidette modificazioni di tessuto, inerenti alla caducità del parenchima ovarico.

Un importante fattore di lesioni follicolari è certamente rappresentato dagli stessi processi di angiodistrofia, che abbiamo descritto nelle ovaie osteomalaciche, e che devono facilmente compromettere la nutrizione di zone più o meno estese di tessuto ovarico e quindi provocare lesioni trofiche secondarie anche nei follicoli. Anche Bulius e Kretschmar, come pure l'Heyse, esprimono l'opinione che in molti casi la metamorfosi regressiva dei follicoli, anzichè dipendere da lesioni primitive dei medesimi, sia la conseguenza di precedenti lesioni vasali (3). « Se un ovaio degenera, scrive l'Heyse, non dobbiamo maravigliarci che anche i follicoli sieno colti dal processo degenerativo e vadano distrutti....; perciò una diminuzione dei follicoli dovrà ritenersi un processo secondario » (4).

E prescindendo anche dai fatti degenerativi, l'istessa iperemia passiva cronica dell'ovaio nelle donne osteomalaciche può bastare a produrre sviluppo rapido, attivo di un gran numero di follicoli, con

---

(1) Gastel. « Contribution à l'étude des follicules de Graaf et des corps jaunes. » Paris, 1891, pag. 47.

(2) Stratz. « Vergleichend-anatomische Untersuchungen am Sängethierovarium. » Società ostetrica e ginecologica di Berlino, Seduta 26 Novembre 1897.

(3) Bulins et Kretschmar. Op. cit.

(4) Heyse. Op. cit., p. 336.

esito di sclerosi per moltissimi dei medesimi, produzione esagerata di connettivo, e quelle altre modificazioni anatomiche dell'ovaio, che caratterizzano la cosidetta *ooforite asettica* (1); la quale, originando specialmente da disturbi di circolazione, ad esempio, per retroflessione, per torsione incompleta del mesovario, per cardiopatie od affezioni croniche polmonari, meriterebbe meglio il nome di *pseudo-ooforite,* analogamente alle pseudometriti, che ripetono la loro patogenesi da cause congeneri, e cioè da cronica iperemia passiva del viscere: si tratta infatti in questi casi piuttosto di processi di ipernutrizione da stasi, dati da sovracarico di sangue venoso nell'organo affetto, con neoformazione progressiva di tessuto connettivo, che simula un processo infiammatorio, e conduce alla atrofia degli elementi specifici e più delicati del parenchima ed alla sclerosi. I lavori sul varicocele pelvico, particolarmente quelli assai interessanti di Petit (2) e di Roussan (3), il quale distingue appunto una fase di ingorgo ovarico, in cui l'organo è ipertrofico ed edematoso, ed una fase di sclerosi, che conduce alla atrofia, hanno già illustrato assai bene questi concetti, che trovano, a mio avviso, una razionale applicazione anche nei casi di osteomalacia.

Qualche parola dobbiamo aggiungere in particolare sopra la genesi dei cosidetti *corpora fibrosa,* che, come Heyse, trovammo assai numerosi nei nostri preparati. La abnorme loro frequenza trova anzitutto spiegazione in quelle stesse cause, che stiamo enumerando, di una affrettata e precoce regressione follicolare. Non va dimenticata però anche la circostanza che attorno a questi corpi fibrosi assai sovente si trovano vasi profondamente degenerati, la cui sezione appare spesso come un semplice disco di sostanza jalina, la quale, come già ebbe ad osservare l'Heyse, per nulla si dimostra dissimile dalla sostanza jalina di quell'istesso corpo fibroso, che sta frammezzo ai vasi degenerati; altre volte, è in grembo alle stesse masse omogenee, jalinizzate, che si scorgono avanzi di endotelio ed anche presenza di lumi vasali. Mi sembra pertanto molto attendibile la ipotesi di Heyse e di Hoelzl, che taluni di questi corpi fibrosi traggano origine, non come comunemente

---

(1) Veggasi: Slawiansky. « Sur les inflammations des ovaires - oophorites. - » *Annales de gynécologie,* 1890.

(2) Petit. « Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. » *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1892, p. 488.

(3) Roussan. « Varicocèle pelvien. » Thèse, Paris, 1892.

da follicoli di Graaf atresici oppure ricolmi di essudato fibrinoso (Klob, Hoelzl), od anche da corpi lutei, ma dal mutuo cementarsi in una sola massa jalina di parecchi vasi vicini in preda ad avanzata degenerazione.

Anche Bulius e Kretschmar nel già più volte citato lavoro sull'angiodistrofia ovarica accennano a tale possibile origine dei *corpora fibrosa* là dove scrivono: « Di frequente questi vasi obliterati sono riu-
» niti in spessi gruppi, essendo lo stroma tra le diverse sezioni tra-
» sversali scomparso completamente oppure ridotto ad un unico strato
» di cellule fusate. Allora ne viene che questi vasi degenerati raffigu-
» rino quasi un corpo fibroso. Il graduale sviluppo di questi corpi
» fibrosi dovuti ai vasi degenerati si lascia seguire passo passo nei
» diversi gruppi. Anche negli stadî avanzati viene la dimostrazione
» della loro origine appoggiata al reperto di cellule dell'intima ancora
» conservate ed insieme disposte come in cumuli » (1).

È facile comprendere come questo contributo di corpi fibrosi di origine vasale e non follicolare valga ad accrescere il numero dei medesimi in grembo ad ovaie osteomalaciche, dove già trovasi frequentemente aumentato il numero dei vasi e dove questi per le ragioni suesposte facilmente incontrano processi di profonda degenerazione. Una tale interpretazione trova anche suffragio nella circostanza che parecchi di questi *corpora fibrosa* trovansi nella zona vasculosa, dove una genesi vasale è meglio ammissibile di quella follicolare, essendovi eccezionale la presenza di follicoli.

Ma la ragione che più ci appaga per la spiegazione delle condizioni distrofiche, in cui si trova nelle ovaie osteomalaciche la sostanza corticale e sopra tutto l'elemento follicolare, è quella stessa che abbiamo già invocata per chiarire come nelle arterie ovariche, ispessite nella loro parete per gli ostacoli al circolo locale, rapidamente succedano fasi degenerative: dobbiamo cioè non dimenticare quale profondo scadimento si verifichi nello stato di nutrizione di queste inferme e come causa e come conseguenza del processo osteomalacico, il quale, quando pure incolga pazienti che vivono in condizioni sociali non del tutto disagiate, non manca mai di essere l'espressione per lo meno della cosidetta *miseria fisiologica*, la quale a sua volta rapidamente si aggrava per la forzata immobilità, in cui trascinano la vita queste povere donne.

---

(1) Bulius et Kretschmar. Op. cit., p. 28.

Ogni malattia, che colpisca profondamente lo stato di nutrizione generale, viene a minorare od a sopprimere la attitudine dell'organismo a riparare le perdite fisiologiche o patologiche: l'ovaio è assai vascolarizzato ed esplica una considerevole energia funzionale nella maturazione di numerosi ovicini e nella rigenerazione di estesi tratti di tessuto: la caducità dei suoi elementi specifici dispone, per disturbi nutritizi anche non gravi, a facile necrosi degenerativa dei suoi delicati elementi epiteliali, e perciò appunto l'ovaio rappresenta uno degli organi più sensibili di fronte anche a transitori disturbi trofici (Hoelzl) e più ancora a profonde alterazioni del ricambio, quali in modo primitivo o secondario si verificano nell'economia della donna osteomalacica.

A dir vero tali concetti sono, a prima giunta, in aperta opposizione contro il fatto della fertilità grande delle osteomalaciche, nelle quali perciò si dovrebbe ammettere il fatto paradossale di una iperattività funzionale di quello stesso organo, che anatomicamente ci presenta il quadro di una concomitante degenerazione follicolare e vasale. Però tale discordanza è soltanto apparente, mentre dalle odierne ricerche sui fenomeni complessi della nutrizione e funzione ovarica è lecito intravedere una spiegazione di questi opposti fatti, relativi alla condizione fisio-anatomica della ghiandola sessuale.

Se è già un fenomeno normale, costante, generale quello che nell'ovaio, sopratutto di animali inferiori, moltissimi ovoli abbiano a scomparire prima di arrivare a maturità completa e di essere atti alla fecondazione, una tale atrofia è ancora più rapida, estesa e tumultuaria quando scarseggino i materiali nutritivi per una regolare funzione dell'organo: ma prima però di incontrare la fase regressiva, l'ovulo, specialmente se prossimo al termine del suo sviluppo, ci offre talune volte fenomeni, come osserva l'Henneguy (1), di maturità precoce, i quali preludiano a quelli consecutivi di degenerazione e conducono non solamente (come nella degenerazione cromatolitica dell'ovolo) alla formazione di un fuso direzionale e di un globulo polare, ma portano anche all'iniziarsi di una segmentazione irregolare o frammentazione del vitello: questo cioè si divide in un certo numero di masse, che ricordano le blastomadri di una vera segmentazione che sussegua ad

---

(1) Henneguy. « Recherches sur l'atrésie des follicules de Graaf chez les mammifères et quelques autres vertébrés. » *Journal de l'anat. et physiol.*, Paris, 1894, vol. XXX.

avvenuta fecondazione; però mentre in quest'ultima la divisione del nucleo precede sempre quella della massa vitellina e qualunque sia lo stadio della segmentazione tutte le sfere vitelline posseggono un nucleo ben costituito, nella frammentazione invece, come fu studiata particolarmente da Henneguy, avviene una dissociazione tra la divisione del nucleo e quella del vitello, per modo che i due fenomeni diventano indipendenti l'uno dall'altro ed il protoplasma dell'ovolo si divide in masse, di cui le une contengono frammenti di nucleo, le altre sono sprovviste di elementi cromatici, perchè anche questi dispaiono per riassorbimento. Questa frammentazione dell'ovolo si può considerare come un principio di sviluppo partogenetico, per cui l'ovulo giunge ad uno stadio di *maturità precoce*, in cui però fa difetto l'azione regolatrice del nucleo nella divisione dicotomica del vitello.

D'altra parte però è lecito ammettere che tale maturità precoce degli elementi follicolari e dell'ovolo non sempre conduca inesorabilmente a degenerazione, e come avviene per un gran numero di animali e vegetali, di cui la maturità sessuale è anticipata in causa di una alimentazione insufficiente, così è da supporsi che, in grembo all'ovaio, l'impulso dato alla tumultuaria maturazione degli elementi specifici permetta ad alcuni di questi di giungere a maturità regolare, mentre altri passano a deperimento. Anche Amann, ad esempio, descrive l'ovaio osteomalacico come colpito da *ipertrofia follicolare con una molto rapida maturazione di follicoli* (1).

Di qui, per la simultanea produzione di più ovoli maturi quella elevata fertilità delle osteomalaciche, che contribuisce a sua volta all'ulteriore decadimento delle condizioni dell'inferma: di qui il numero rilevante di atresie follicolari nelle ovaie osteomalaciche, esaminate ad età un po' matura della paziente: di qui ancora una delle cause di quel processo di atrofia della sostanza corticale, per cui l'ovaio, quando non è tumido per infiltrazione edematosa e congestione passiva, a stadio inoltrato della malattia si presenta in preda a sclerosi, con estrema penuria di follicoli, mentre alla riduzione della corteccia ovigena si accompagna l'abnorme estensione della midollare come avviene nell'età senile, in cui l'ovaio finisce a rappresentare niente più che una porzione ispessita terminale del legamento largo, rivestita da poveri

(1) AMANN. « Kurzgefasstes Lehrbuch d. Mikroscop. gynäkolog. Diagnostik. » Wiesbaden, 1897.

residui della sostanza corticale. Io tengo convinzione che una statistica un po' estesa potrebbe dimostrare che all'abituale periodo di grande fertilità delle osteomalaciche, la quale non precede soltanto la malattia ma perdura qualche tempo durante la stessa (Sasse), succede un climaterio anticipato per precoce atrofia della zona parenchimatosa dell'ovaio. Pur troppo però il materiale per tale ricerca è difficile a raccogliersi, sia perchè in donne osteomalaciche il periodo dell'età feconda viene spesso beneficamente interrotto dal climaterio artificiale mediante castrazione od operazione Porro, sia perchè la distocia dava in passato un forte contingente alla mortalità, sia infine perchè, collo stabilirsi della menopausa, ad epoca normale od anticipata, la donna non ha più occasione e necessità di presentarsi alle Cliniche ostetriche ed agli Ospedali, appunto perchè coll'età critica migliora sensibilmente lo stato della paziente.

Ho accennato più sopra alla circostanza che le condizioni di miseria fisiologica, che favoriscono la insorgenza dell'osteomalacia, per solito rapidamente si aggravano quando la paziente è ridotta a prolungata degenza, a forzata immobilità nel letto. Anche quest'ultimo fatto non è forse del tutto privo di importanza nel causare una disordinata distruzione di follicoli. Io mi riferisco in proposito alle vedute di Mingazzini (1) e di Strahl (2), i quali hanno richiamato l'attenzione sul fatto che *negli animali conservati lungo tempo in istato di cattività i follicoli degenerati sono più numerosi che negli animali che vivono in istato di libertà* e furono esaminati nell'istessa epoca dell'anno. Qualche cosa di congenere si verifica certamente nell'osteomalacia, la quale, a stadio un po' inoltrato, costringe le pazienti, che ne sono affette, alla più completa inazione, alla più diuturna immobilità, certamente nei suoi effetti sulla nutrizione e funzione ovarica assai più deleteria della imposta cattività agli animali da laboratorio. Non è pertanto improbabile che anche quest'ultima circostanza cospiri colle altre a far prevalere, nel movimento continuo di rinnovazione del parenchima ovarico, il processo di distruzione su quello di rigenerazione, e contribuisca ad una rapida distrofia della sostanza corticale.

---

(1) Mingazzini. « Corpi lutei veri e falsi dei rettili, » 1893.

(2) Strahl. « Die Ruckbildung reifer Eierstokseier am Ovarium v. Lacerta agilis. » In: Verhand. d. Anat. Gesellschaft a. d. sechsten Versamml. in Wien, Juni 1892, Jena, p. 190.

Questi ultimi concetti hanno però bisogno di nuovo studio e di nuove ricerche; non insisto pertanto sopra i medesimi e passo a riassumere nelle seguenti conclusioni quanto di più sicuro mi parve emergere dalle ricerche istituite sulle condizioni anatomiche delle ovaie in donne osteomalaciche:

1.° La degenerazione jalina dei vasi ovarici, sopratutto arteriosi, è lesione frequente, ma non costante; e quando esiste, non costituisce un fatto caratteristico, ma è invece subordinato

— all'età matura della paziente;

— all'influenza di passate gestazioni;

— alla stasi circolatoria, che si produce per colpa della diminuita altezza della colonna vertebrale e del restringimento trasverso della pelvi e conseguente pieghettatura dei legamenti larghi. La stasi sanguigna verrebbe ad aggravarsi: in gravidanza, per colpa di una esagerata obbliquità anteriore dell' utero e conseguente torsione assiale del legamento largo: fuori gravidanza, per la facile coesistenza colla osteomalacia di retroflessione uterina, cui crea speciale disposizione l'allentamento dei legamenti utero-sacrali in causa di grave deformazione e dislocazione del sacro in donna adulta e quindi a sviluppo già completo dell'apparato genitale e dei rispettivi legamenti.

2.° Della suaccennata remora circolatoria, sopratutto venosa, sarebbero espressione e conseguenza sia lo stato di abnorme varicosità dei legamenti larghi, osservato nelle osteomalaciche, sia quella *macies* dell'utero, dei rispettivi annessi, ed in genere delle parti molli endopelviche, quale fu riscontrata in più casi di grave osteomalacia. Ancora dalla stasi uterina, come dai successivi processi di angiodistrofia, ripete probabilmente origine la tendenza nelle osteomalaciche a mestruazioni molto copiose.

Lo stato di profonda denutrizione delle pazienti favorisce il passaggio in grembo all'ovaio dell'iniziale ipertrofia compensativa delle arterie, causata dalla stasi locale, a processi degenerativi della loro parete: la media è la tonaca, che per prima di solito ne è colpita: ultima è invece la tonaca interna.

3.° Le ovaie osteomalaciche talora si presentano tumide e succulenti per edema da varicocele pelvico: però alla ipernutrizione da stasi cui è compagno un certo grado di ipertrofia follicolare, conseguono, presto o tardi, processi di sclerosi sopratutto in corrispondenza

alla zona corticale: nella quale in tale stadio si osservano per solito numerosissimi e svariati esemplari di atresia follicolare con povertà assai rilevante di follicoli normali. Entrambe queste condizioni anatomiche dell' ovaio si possono interpretare come l' espressione di una pseudo-ooforite, analoga alle cosidette pseudo-metriti, devolute a lesioni trofiche, a loro volta secondarie ad alterazioni locali o generali di circolazione sanguigna.

Cospirano a favorire processi di distrofia nella sostanza corticale:

— l'età inoltrata delle pazienti;

— un grado elevato di pluriparità;

— la precedenza in grembo all'ovaio di processi angiodistrofici;

— lo stato di grave decadimento nutritizio delle pazienti e di loro diuturna e forzata inazione.

4.° La fertilità grande delle osteomalaciche non è in opposizione coi reperti di uno stato distrofico della zona ovigena dell' ovaio, nella quale forse precedono e si accompagnano, almeno per qualche tempo, fatti di maturità precoce tumultuaria dei follicoli. Di questa trascorsa e temporaria iperattività ovarica, a stadio inoltrato della malattia, all'epoca cioè in cui comunemente si verifica l'opportunità dell' esame anatomico delle ovaie, rimane qualche postumo documento nella stessa penuria di follicoli e nell' esagerata presenza di follicoli atresici, di corpi albicanti e fibrosi.

5.° La abnorme frequenza di *corpora fibrosa* nelle sezioni di ovaie di osteomalaciche, non è però unicamente la espressione di un'esagerato processo di degenerazione follicolare, giacchè molti corpi fibrosi dimostrano la loro origine (già del resto ammessa da Heyse, da Hoelzl, da Bulius e Kretschmar) da conglomerati di vasi in preda ad avanzata degenerazione jalina, cui partecipa lo stroma connettivale interposto tra i medesimi.

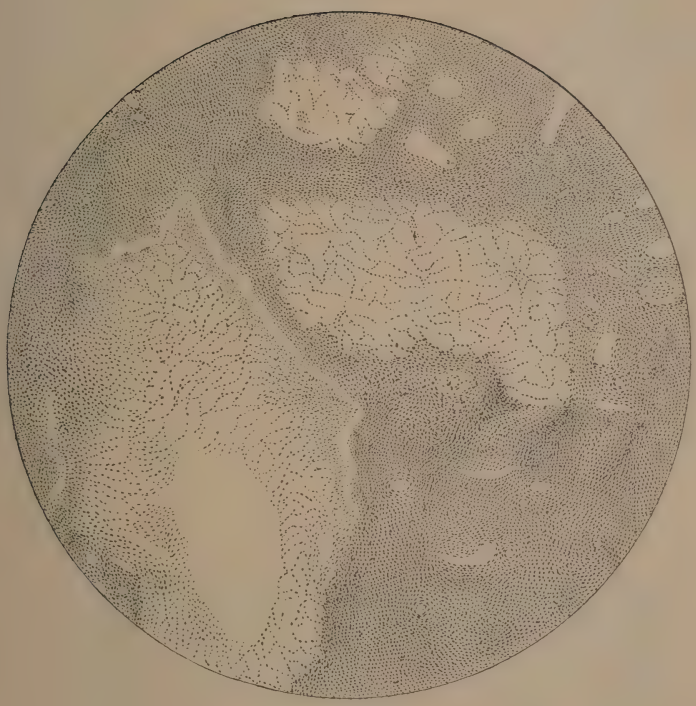
6.° Le ricerche fin qui istituite sullo stato anatomico delle ovaie in casi di osteomalacia non hanno valso a mettere in luce alterazioni, che contribuiscano efficacemente a risolvere la difficile quistione della patogenesi dell' osteomalacia ed a spiegare gli effetti benefici della castrazione.

Fig. 1.ª

Fig. 2.ª

Fotozincografia Turati.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
- 5 MAY 98
LIBRARY



Fotozincografia Turati.

COLLEGE OF QUEENS

Fig. 1.ª

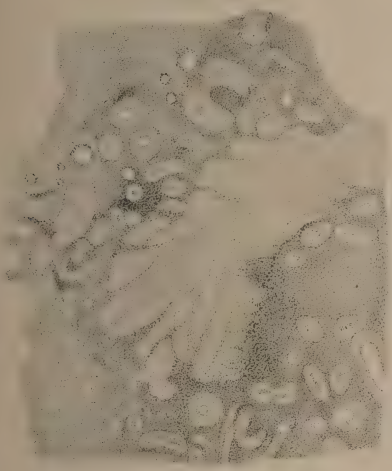


Fig. 2.ª

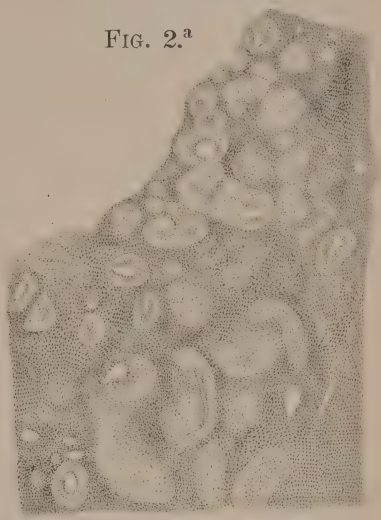
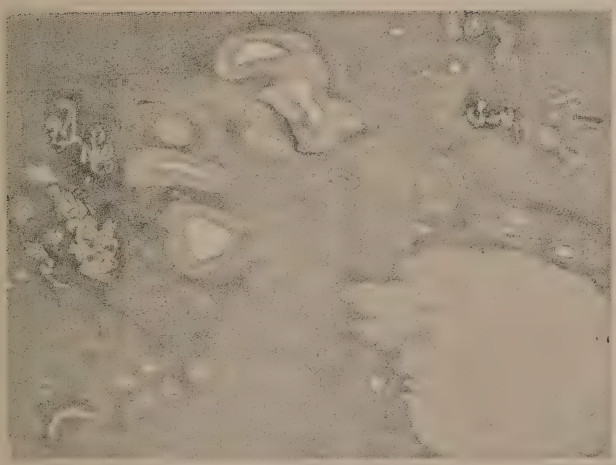
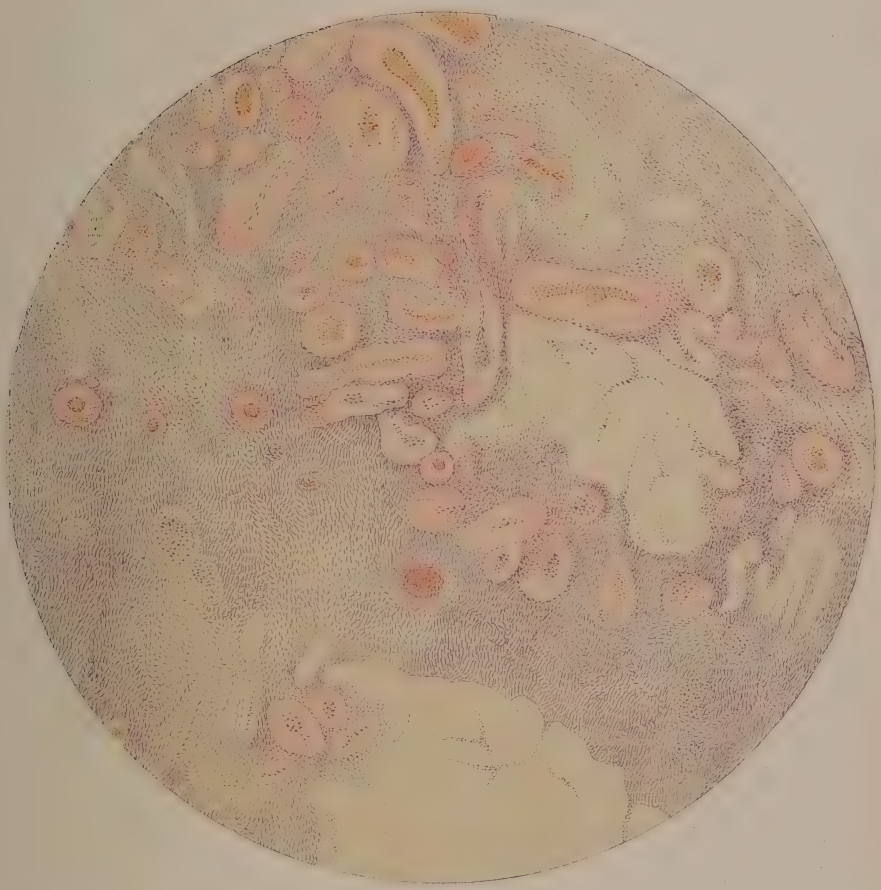


Fig. 3.ª

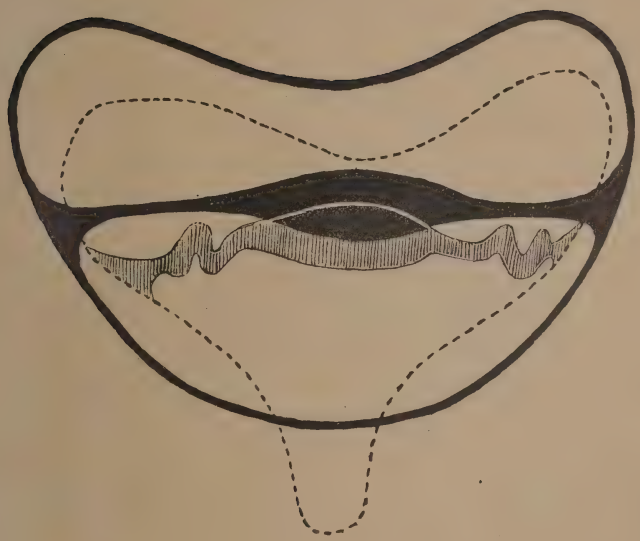


ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-5 MAY 98
LIBRARY



Lit. Varesina, 98.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
- 5 MAY 98
LIBRARY



Fotozincografia Turati.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-5 MAY 98
LIBRARY

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE.

TAV. I. — Fig. 1.ª — Dissociazione per edema dei fasci connettivali dello stroma ovarico con focolai multipli emorragici. Hartnach. Ocul. 2, Obb. 4 (riduzione di 1[3).

Fig. 2.ª — Dimostra, in disegno semischematico, l'atrofia della sostanza corticale, ridotta ad un esile strato in preda a sclerosi e lo sviluppo prevalente della midollare: all'azione invadente della zona vasculosa resistono più a lungo le neoformazioni connettivali stipate (corpi lutei a stadio un poco avanzato, corpi fibrosi, albicanti), i quali trovansi infine come imprigionati in grembo alla sostanza midollare. Microscopio semplice, ingrandim. di 10 D. (riduz. di 1[3).

TAV. II. — Sostanza corticale dell'ovaio destro. Vedesi in basso un esemplare di atresia follicolare, costituito da una striscia jalina, leggermente pieghettata, che limita incompletamente una cavità, piena, ad eccezione che nella parte centrale, di un connettivo giovane, finamente reticolato, a larghe maglie. Hartnach. Ocul. 2, Obb. 4. Camera Abbe (riduz. di 1[3).

TAV. III. — Fig. 1.ª — Zona jalinizzata di stroma ovarico, circondata da vasi in preda essi pure ad avanzata degenerazione jalina, alcuni anzi già passati ad esito di obbliterazione. Hartnach. Ocul. 2, Obb. 4 (riduz. ad 1[3).

Fig. 2.ª — Dimostra in un gruppo di vasi jalinizzati il numero cospicuo di quelli che sono già passati ad esito di obbliterazione, donde si può presumere il danno rilevante alla nutrizione delle porzioni di tessuto ovarico circostante. Hartnach. Ocul. 3, Obb. 4 (riduz. ad 1[3).

Fig. 3.ª — Corpora fibrosa a destra del disegno rappresentati da una semplice striscia splendente, omogenea, jalina, raccolta a foggia di gomitolo, senza traccia di cavità centrale. Nelle vicinanze vasi in preda a degenerazione jalina. Hartnach. Ocul. 2, Obb. 4 (riduz. ad 1[3).

TAV. IV. — Conglomerato di vasi a stadio diverso di degenerazione jalina, alcuni dei quali hanno assunto intensamente la colorazione eosinica, altri meno; molti sono obbliterati: lo stroma interposto per la conseguente scarsa sua nutrizione tende già a trasformarsi in sostanza omogeneizzata ed a costituire più tardi, per la mutua cementazione dei vasi degenerati, un grosso blocco jalino in grembo allo stroma ovarico. Hartnach. Ocul. 2, Obb. 4. Camera Abbe: foglio all'altezza del tavolino, tubo chiuso.

TAV. V. — Disegno schematico per dimostrare come la riduzione osteomalacica in senso trasverso della pelvi adulta porti, nell'apparato genitale già giunto a completo sviluppo, ad una marcata pieghettatura dei legamenti larghi e quindi a remora circolatoria locale. Lo schema di pelvi osteomalacica inscritto nella pelvi normale corrisponde al modello n. 12 della tavola annessa alla nota monografia del dott. Casati.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Bologna
diretto dal Prof. Giovanni Calderini

Formazione della cicatrice ombelicale

E MODO DI COMPORTARSI DELLE FIBRE ELASTICHE NELLE VARIE ETÀ

STUDIO ANATOMO-ISTOLOGICO

PEL

Dott. ETTORE BIDONE

Assistente.

Come si vede dalla intestazione sono due gli ordini di ricerche che mi guidarono in questo studio: Col primo ho cercato di seguire passo passo il processo di formazione della cicatrice ombelicale cercando di colpire le intime trasformazioni che in detta regione sopravvengono dalla nascita fino alla completa cicatrizzazione. A questo scopo raccolsi e sezionai già molti ombelichi da poche ore a 2-3-4-5-7-8-10-11-12-14-15-20-30 giorni dopo la nascita; ma sia perchè alcuni esemplari ancora mi fanno difetto per completare la serie giornaliera, sia perchè di qualcun altro poco conto posso fare appartenendo essi a neonati o immaturi o troppo malati, non mi sento ancora in grado di dare in modo completo il lavoro, e trarne in modo definitivo le conclusioni. Mi limito perciò a questa nota preventiva ove andrò registrando quanto dalla numerosa serie di preparati di cui già dispongo posso trarre con dati sicuri, riservandomi, non appena avrò potuto raccogliere il materiale adatto, a completare il lavoro, controllando, con ricerche più estese, quanto finora ho creduto di poter rilevare.

Col secondo ordine di ricerche studiai le fibre elastiche nelle varie età della regione ombelicale, a cominciare dai mesi della vita intrauterina e seguendo la ricerca durante la formazione della cicatrice ombelicale fino al suo completo sviluppo, e nei varî anni fino alla vecchiaia. Come vedremo già fin d'ora posso trarre una conclusione da queste ricerche, benchè neanche per questa seconda parte del lavoro possa ancora disporre di una serie completa di ombelichi, specialmente

mancandomi quelli dei varî mesi del primo anno; essendo nella Clinica difficile raccogliere detto materiale perchè le puerpere coi loro bambini vengono dimesse circa in 8.ª giornata.

Questi due ordini di ricerche costituiscono veramente due argomenti a parte e potrebbero esser fatti oggetto di due memorie separate, ma io trovai opportuno semplificare, trattandoli insieme in questa nota. L'opportunità poi di far precedere questa nota mi venne suggerita dalla importanza dell'argomento intorno a cui già da parecchio tempo sto lavorando e che finora solo in qualche punto è stato studiato.

È bensì vero che potrà parere lo studio che riguarda il processo di cicatrizzazione una ripetizione di quello che è già stato fatto sulla guarigione per seconda intenzione delle soluzioni di continuo della pelle, ecc. Ciò fino ad un certo punto è vero per quella parte della cicatrice ombelicale che, stando più superficialmente, si forma per granulazione, quantunque essa presenti, oltre i vasi ombelicali, anche la membrana amniotica e la gelatina di Warthon che pure devono essere considerate studiando la cicatrice ombelicale dal suo inizio fino alla completa formazione; ma questo processo è notevolmente modificato per la parte di essa che sta più profondamente, ove si debbono pure prendere in considerazione degli organi che come i vasi ombelicali, ecc. non si riscontrano in nessuna altra parte del corpo che cicatrizzi per *secundam.*

Gli ombelichi ebbi l'avvertenza di levarli dai cadaverini il più presto possibile e fino alla membrana peritoneale; alcuni pochi fissai in liquido Müller, gli altri in alcool. Inclusione per lo più in colloidina, taluna feci pure in paraffina. Le sezioni praticai dall'avanti all'indietro, alcune però sezionai anche in senso trasversale per studiare meglio nel suo insieme la cicatrizzazione, specie il così detto anello ombelicale.

Tanto in un senso che nell'altro tutta la regione fu sezionata e di mano in mano che le sezioni si staccavano dal microtomo, ne raccoglievo alcune che colorivo colle varie sostanze coloranti (usando specialmente delle colorazioni doppie) per lo studio del processo di cicatrizzazione; altre col metodo Unna-Tänzer (orceina) (1) per le fibre

(1) A proposito di questa colorazione faccio notare che in quei preparati fissati in liquido Müller ottenni sempre, specialmente negli epitelii, bellissime e nette colorazioni nucleari, talora anche superiori a quelle delle migliori sostanze coloranti nucleari.

elastiche. Così facendo avevo sezioni dei vari punti della regione ombelicale, una specie cioè di sezioni in serie, che mi permetteva di colpire ciò che succedeva tutto intorno, come pure quanto avveniva di modificato nel centro e nei vari organi che vi sono contenuti.

***

Sezionando ombelichi tolti da feti morti durante il travaglio o subito dopo la nascita, cercai dapprima di prendere cognizione precisa dei vari tessuti che nella regione ombelicale si riscontrano. Da queste sezioni vidi come si distingua nettamente l'epitelio di rivestimento della membrana limitante il cordone dall'epidermide della sporgenza cutanea, cessando quello bruscamente per continuarsi con questa. Su questa linea limite cessano pure i vasi cutanei che si ripiegano ad ansa nel derma che tutto attorno circonda l'inserzione del cordone; non prolungandosi mai sul cordone stesso. Vidi inoltre come la gelatina di Warthon si prolunghi profondamente per un certo tratto entro la sporgenza cutanea seguitando a ravvolgere i vasi ombelicali; ed infine come questi sono disposti, come le loro pareti sono molto spesse e ricche di fibre muscolari ed elastiche, e fornite di *vasa vasorum* per il tratto di essi contenuto dietro l'anello ombelicale, mentre non lo sono più nel tratto al davanti di detto anello e per tutto il tratto extraombelicale dei vasi medesimi, e che la gelatina di Warthon non si presenta irrigata da vasi sanguigni, ma in essa si notano solo degli spazi linfatici.

Osservando la regione ombelicale circa 12 ore dopo la nascita, si vede già modificata la linea di inserzione della cute sul cordone, essa linea non è più regolare e demarcata come al momento della nascita, ma presenta un passaggio meno sensibile perchè l'orlo cutaneo termina in un sottile alone rosso, e da esso cominciano a dipartirsi numerosi vasellini che come filamenti rossi si gettano tutt'attorno sul cordone o su di una sua porzione soltanto, per l'altezza di 2-3 mm., nel mentre la membrana del Warthon perde la sua lucentezza caratteristica, si fa opaca ed il cordone in quel punto comincia a diventar gialliccio, sebbene anche 16 ore dopo la nascita permanga la continuità fra l'epitelio amniotico e l'epidermide. Ma a questo punto è già cominciato il lavorìo di eliminazione del cordone, che avviene collo stesso processo con cui viene eliminato un pezzo cancrenato. Non tarda molto difatti a vedersi

in corrispondenza di quei vasellini nuovi una linea o solco che interrompe la continuità della membrana amniotica, solco che sempre più poi si approfonda nella sostanza del cordone, la quale pure si separa da quella posta più profondamente, arrivando fino sulle pareti dei vasi ombelicali, che come vedremo sono gli ultimi a staccarsi richiedendo essi un lavorìo più lungo e difficile per essere eliminati.

Intanto quei vasellini che numerosi s'erano visti gettarsi sul cordone si obliterano e retraggono, dopo il distacco dell'amnios (avvenuto 2-3 mm. sopra l'orlo cutaneo), e su di essi si avanza l'epidermide che ha già cominciato a proliferare, e che si ripiega poi in dentro, profondamente e verso il centro della cicatrice. Nello stesso tempo che alla superficie periferica si inizia questo lavorìo di eliminazione si può dire pure iniziato il processo di cicatrizzazione (anche profondamente), processi questi che in sostanza, almeno in principio, sono il risultato delle stesse modificazioni che avvengono nella regione ombelicale, benchè gli scopi sieno molto diversi.

Queste modificazioni consistono essenzialmente nella neoformazione vascolare dai vasi cutanei periombelicali, dai preperitoneali, e dai *vasa vasorum* dei vasi ombelicali in quel tratto di questi dove quelli esistevano in antecedenza, e nella dilatazione e inturgidimento delle venuzze e dei capillari sia preesistenti, sia neoformati, e nella consecutiva fuoriuscita di leucociti da detti vasi dilatati, per cui si effettua, ovunque si formerà la cicatrice ombelicale, ma specialmente verso la superficie e lungo i vasi ombelicali, là dove deve avvenire il distacco e la caduta del cordone, una forte infiltrazione di leucociti immigrati. Altra modificazione la quale però in principio resta confusa colla forte infiltrazione leucocitaria, consiste nella produzione di corpuscoli connettivali giovani da parte delle cellule fisse del connettivo preesistente.

La infiltrazione è massima al 4.º-5.º-6.º giorno, quando cioè, a seconda dei casi, è presso a cadere il cordone ed è massima specialmente alla superficie, dove vengono spinti i leucociti e dove formano talora, tanta è la loro abbondanza, un vero essudato, simile al *pus bonum et laudabile* dei nostri antichi, nel qual caso (ciò che si vede bene in certe sezioni) si nota una demarcazione ondulata, che consiste in una zona più fortemente infiltrata che separa la vegetazione in una porzione più superficiale che si potrebbe dire piogenica, da una più profonda destinata poi a convertirsi in cicatrice. Ed anche lungo i

vasi, là dove cioè il tessuto da eliminare è più resistente, il lavorìo di eliminazione è più intenso che non nelle altre parti, e si manifesta con una più forte infiltrazione leucocitaria che appare fino ad una profondità più marcata di quello che sia là dove il tessuto da eliminare è meno resistente (gelatina e membrana di Warthon). Il distacco di queste parti avviene quindi anche più profondamente e più tardi come si verifica appunto pei vasi, ciò che si vede bene stirando il cordone già mummificato e tutto attorno staccato, rimanendo esso attaccato solo per l'intermediario dei vasi), i quali si distaccano ad un livello più basso del resto, tanto da lasciare piccoli infundibuli piuttosto profondi (fino all'anello ombelicale), che non tardano però ad essere chiusi dalla neoformazione connettivale che per la proliferazione delle cellule fisse si avanza da ogni parte, e ad essere infine anche coperti, come tutto il resto e come vedremo, dalla nuova epidermide.

Questa infiltrazione che mi si era già presentata in modo rimarchevole negli ombelichi di 3 e di 4 giorni, ho poi notata marcatissima in quelli di 5 dì; anzi in alcune sezioni di un ombelico di questa età, si vede la vena nel suo tratto più profondo, dietro cioè all'anello ombelicale, ridotta ad una specie di cordone con poca infiltrazione circostante, e fra i fasci muscolo-elastici delle pareti, mentre che verso la superficie si vede ancora piena di emazie con pochi globuli bianchi e come in procinto di cadere staccata, essendo come sospinta in fuori dal tessuto neoformato e infiltrato che si avanza da ogni parte per formare la cicatrice ombelicale.

La epidermide tutta intorno è in grande attività di proliferazione, avanza perciò sempre più e cerca di coprire le granulazioni che si sono formate là dove si è già staccato l'amnios e la gelatina di Warthon, intorno alle pareti dei vasi che soli rimangono e tengono attaccato il cordone mummificato. Quei bottoncini carnosi neoformati che stanno intorno ai vasi ombelicali sono riccamente provvisti di capillari dilatati, di giovani elementi connettivali e specialmente di cellule linfoidi.

Quando il cordone, anzichè al livello solito e nel tempo ordinario, si stacca in un punto più alto e molto più tardi, come ebbi ad osservarne, or non è molto, un bel esemplare, in cui la caduta del cordone avvenne in 19.ª giornata e non in modo completo, essendo rimasti i vasi per un tratto di più di due centimetri, circondati da tessuto di

granulazione, come al solito ricchissimo di vasi; io credo che in questi casi la neoformazione vascolare proveniente forse dai *vasa vasorum* del tratto intraombelicale abbia provvisto di vasi le pareti del tratto extraombelicale, per cui questo anzichè staccarsi e venire espulso col resto del cordone è rimasto in vita e tenacemente aderente e in continuità col tratto profondo. Difatti soltanto dopo legato e tagliato rasente la base quel residuo di cordone si ottenne in breve tempo la cicatrizzazione e la retrazione abituale, naturalmente per obliterazione dei vasi neoformati delle granulazioni, scomparsa della infiltrazione parvicellulare e retrazione del tratto dietro l'anello ombelicale.

Però senza che rimanga proprio un così lungo tratto, resta sempre in limiti fisiologici, dopo la caduta del cordone, come un bottone di granulazioni, ora più ora meno grosso, nella parte centrale, ove si formerà la vera cicatrice ombelicale, e subito dopo la caduta (come si vede negli ombelichi di 8, 10, 11 dì) molti dei vasi neoformati delle vegetazioni si obliterano, la infiltrazione leucocitaria scompare, mentre si rende più manifesta la proliferazione delle cellule fisse; le cellule fusiformi predominano sulle rotonde e sono destinate a formare prima un connettivo giovane reticolare ricchissimo di vasi, alcuni dei quali poi si obliterano, mentre altri acquistano lume maggiore; e il connettivo così meno vascolarizzato, in cui le cellule derivate dalle fisse hanno preso forma fusata fibrillare e disposizione a fasci, assume l'aspetto del connettivo fibroso che è dotato di grande potere retrattile e dà grande resistenza alla cicatrice.

Quel bottone carnoso, che al momento della caduta del cordone talora perfino sporge sul livello dell'orlo cutaneo, col progredire della evoluzione cicatriziale si infossa sempre più trovandosi alla fine in fondo alla fossetta ombelicale, e ciò si spiega in parte per la retrazione cicatriziale del bottone stesso or ora considerata, e in gran parte per la retrazione dei vasi ombelicali, nel loro tratto dietro l'anello ombelicale. Detti vasi difatti, e questo si osserva bene nella vena ombelicale, mentre in principio e per un certo tempo ancora sono pieni di sangue sciolto e l'endotelio loro è intatto; quando invece è avvenuta la mummificazione del cordone, o più tardi all'incirca 10 giorni dopo la nascita, contengono un sangue coagulato, ed il coagulo appare formato di globuli rossi inalterati, di filamenti di fibrina, e di leucociti sparsi qua e là, più numerosi vicino alle pareti che nel centro del coagulo. Intanto

l'endotelio entra in proliferazione e gli elementi nuovi che ne derivano si gettano entro il trombo che così si organizza, e questo si vede bene nell'interno della vena di un ombelico di 20 giorni dopo la nascita, in cui tutto intorno al lume vasale si vede l'endotelio in alcuni punti come staccato, in altri invece presenta delle sporgenze formate di elementi neoformati con nucleo grosso e prolungamenti protoplasmatici fra loro anastomizzati, che attraversano tutto il trombo per unirsi con delle proliferazioni simili che sorgono e si avanzano da punti opposti dell'endotelio, formando come dei vasi, che finiranno poi per unirsi a quelli che provengono dalle pareti. La fibrina non appare più, mentre le emazie si possono ancora distinguere e così pure i leucociti.

Questa organizzazione mentre negli altri vasi, sottoposti a legatura, procede rapidamente tanto da esser completa in pochi giorni, nei vasi ombelicali invece procede lentamente; quando però l'evoluzione della cicatrice ombelicale è completa anche i lumi dei vasi ombelicali appaiono obliterati, e la vena ombelicale per es. (almeno nel suo tratto che fa parte della cicatrice ombelicale propriamente detta, giacchè nel tratto addominale è quasi sempre canalizzata), su di una sezione trasversa ci appare come chiusa da una specie di turacciolo di tessuto connettivo, circondato da una zona muscolo-elastica, che corrisponde all'antica tonaca interna e media del vaso, e più all'esterno ancora da lamelle di tessuto connettivo elastico traversate da fascetti di fibre lisce, dirette longitudinalmente e trasversalmente.

La retrazione poi dei vasi ombelicali avviene in grazia del potere retrattile comune al tessuto fibroso cicatriziale, in cui in ultima analisi vien ridotto sotto forma di cordone cicatriziale il residuo dei vasi stessi; ma evidentemente in parte avviene anche col progredire del tempo, difatti la fossetta ombelicale si fa sempre più profonda, anche perchè l'ombelico col crescere dell'individuo si porta sempre più in alto e i cordoni residui e rigidi specie delle arterie ombelicali non potendosi allungare che limitatamente obbligano la cicatrice ombelicale ad infossarsi, perchè ad essa sono rimasti aderenti; e a prova di ciò sta il fatto che mentre nel neonato i vasi ombelicali occupano il centro dell'anello ombelicale, ad evoluzione completa invece occupano la sua parte inferiore, con cui sono intimamente adesi. È specialmente in seguito a questa grande retrazione che la cicatrice ombelicale viene ridotta moltissimo nel suo spessore, si può dire più dei $^5/_6$ di quel che

era alla caduta del cordone, mentre per la stessa ragione, ma specialmente per la retrazione del tessuto cicatriziale che sta sotto alla pelle e che chiude l'anello, avviene pure, benchè in grado minore, la riduzione in estensione della cicatrice.

L'epidermide periombelicale e precisamente il suo strato profondo entra presto in prolificazione e da ogni parte si avanza per ricoprire, a seconda dei casi entro 12-15 giorni e anche più dalla nascita, la ferita rimasta in corrispondenza della inserzione del cordone dopo la caduta del medesimo. L'epidermide neoformata si inoltra profondamente e, in corrispondenza del solco segnato alla base delle granulazioni, tenta di inalzarsi su di esse per ricoprirle, e vi riesce facilmente e in breve tempo allorchè queste non sono troppo esuberanti, e specialmente quando si retraggono e scarso si produce l'essudato che le ricopre.

Non ostante la retrazione propria del tessuto di granulazione e quella dovuta alla obliterazione cicatriziale dei vasi ombelicali, talora restano al fondo della fossetta ombelicale, nel suo centro, una o più sporgenze piccole, ricoperte di epidermide. L'epidermide che ricopre la cicatrice ombelicale è meno spessa di quella circostante ed è provvista di un ricco strato corneo, per cui appare la cicatrice ombelicale come una superficie bianco-perlacea, in modo però non così marcato come nelle comuni cicatrici della pelle di data antica. Di più, mancando lo strato papillare non si notano vani interpapillari nè zaffi malpighiani, ma la faccia profonda della epidermide appare pianeggiante, almeno nei primi tempi della formazione della cicatrice ombelicale, col tempo poi, in seguito alla retrazione nota, si presenta un po' ondulata.

Alla formazione del turacciolo di connettivo che sta subito sotto quello cutaneo e che insieme ad esso chiude l'anello ombelicale, non saprei per ora dire se vi prenda parte anche il connettivo mucoso della gelatina di Warthon, che accompagna profondamente i vasi circondandoli, e quale parte vi prenda; quel che è certo si è che a tale formazione concorre la proliferazione delle cellule fisse del connettivo circostante e preesistente e forse anche quello delle pareti dei vasi come pure la proliferazione dei loro endotelii.

In sul principio di questo studio ho già detto che nel processo di formazione di questa cicatrice tutta speciale si devono distinguere due parti, che si iniziano contemporaneamente e sono mosse dalle stesse

cause: si ha cioè un lavorìo di eliminazione del cordone, e un lavorìo di cicatrizzazione, il quale va più in lungo, e, dopo la caduta del cordone, si sostituisce pienamente a quello, tenendo tutto lui il campo della formazione. Difatti appena caduto il cordone la infiltrazione leucocitaria va via via scomparendo e restano più manifeste le giovani cellule rotonde o leggermente ovali, derivate dalla proliferazione delle cellule fisse; in prosieguo di tempo tali cellule si fanno fusate, e si allungano molto, mentre i vasi, come già si disse, diminuiscono in numero, e ne risulta, alla fine del processo di cicatrizzazione, un tessuto connettivo fibroso resistentissimo. Osservando difatti la cicatrice ombelicale di un adulto, si vede costituita da grossi fasci di connettivo fibroso compatto, che, partendosi specialmente dalla aponeurosi della linea alba in corrispondenza dell'anello ombelicale, ma anche da torno ai residui dei vasi ombelicali, dalla fascia *superficialis*, e dai sepimenti che dividono le zolle grassose dell'ipoderma circostante, si dirigono verso il centro della cicatrice per portarsi quasi direttamente in avanti e per mettersi poi, arrivati alla sommità della cicatrice, paralleli alla epidermide soprastante. I vasi che solcano questi fasci robusti, ondulati e ricchissimi di fibre elastiche sono scarsi e di piccolo calibro.

***

Riguardo alla seconda parte del lavoro, sul modo cioè di comportarsi delle fibre elastiche nelle varie età della cicatrice ombelicale, me la caverò con poche parole inquantochè i reperti ottenuti dall' esame delle sezioni, colorite col metodo Unna-Täcuzer, dei vari ombelichi della raccolta di cui finora dispongo, si possono ridurre essenzialmente a due: quello dell'età adulta, e quello dell'età infantile, nella quale ultima età è presto detto il modo di comportarsi delle fibre elastiche, giacchè non esistono, almeno questo è il reperto riscontrato in quei preparati, del periodo infantile, che finora ho potuto avere e prendere in esame, i quali comprendono ombelichi che da poche ore dopo la nascita non vanno oltre il primo mese della vita extrauterina.

Dall'esame praticato su diversi ombelichi freschi dell'età fetale ho potuto rilevare che le fibre elastiche nella regione ombelicale, all'infuori della parete dei vasi, dove si vedono già ben distinte fin da prima del sesto mese, non si vedono, a quest' età, in altre parti; mentre si vedono numerose, sottili e regolarmente disposte verso l'ottavo mese

e al termine della gravidanza; ciò che del resto si vede pure, come è noto, verso quest'epoca nella pelle delle altre regioni del corpo fetale.

Osservando gli ombelichi sia durante la caduta del cordone, che dopo di questa, ma sempre nel primo mese di vita, si vede che le fibre elastiche mentre sono intensamente colorite dall' orceina, numerose e normalmente disposte nello strato papillare e della rete del derma nella pelle della regione ombelicale come pure negli strati sottostanti, appaiono invece alquanto sottili, sbiadite e meno numerose là dove notavasi forte infiltrazione leucocitaria, in quella parte cioè di essa e degli strati sottoposti, che stanno in tutta vicinanza della superficie granuleggiante, in corrispondenza della quale non appaiono affatto le fibre elastiche come pure mancano del tutto nel sottostante tessuto di cicatrice in via di formazione, dove solo si vedono dei fasci collageni. In quelle sezioni però, nelle quali sotto il coltello è caduto uno o due vasi ombelicali, si vedono le pareti di questi riccamente provviste di fibre elastiche, formanti nella tonaca interna addirittura una colorazione scura quasi omogenea tanto sono numerose, mentre più all'esterno dove appaiono meno numerose e perciò si possono osservare anche isolate e discretamente bene, appaiono disposte specialmente in modo concentrico al lume del vaso, e sembrano quasi direi inerti, non dovendo più adempiere alla loro funzione, senza ramificazioni, e come in via di distruzione, osservandosi, in alcuni preparati, una distinta frammentazione delle medesime.

Su sezioni praticate trasversalmente all'altezza della cicatrice ombelicale si vedono le fibre elastiche disposte in modo da costituire grossi fasci di fibre parallele fra di loro e con rami intrecciati, fasci diretti concentricamente a costituire come un anello di tessuto elastico (anello ombelicale) tutto attorno al turacciolo connettivale di nuova formazione, nella cui compage, come si disse, non esistono fibre elastiche, all'infuori di quelle che preesistevano nelle pareti dei vasi ombelicali.

Questo fatto della mancanza di fibre elastiche nella cicatrice ombelicale in via di formazione, giovane, è importante perchè serve a darci la spiegazione razionale del come più facilmente in questa età della vita si producano le ernie ombelicali, appunto perchè la cicatrice ombelicale ancora giovane, per il fatto che è sprovvista di fibre elastiche facilmente si lascia distendere, precisamente come si lasciano distendere talora le cicatrici giovani che si formano in seguito a ferite

delle pareti addominali (nelle quali pure, come in tutte le cicatrici giovani, mancano le fibre elastiche) quando insorgono condizioni sfavorevoli e di aumentata pressione intra-addominale; essendo che funzione precipua delle fibre elastiche è quella di dare maggior resistenza al tessuto in cui si trovano, agendo qui, come nelle pareti dei vasi, alla stessa guisa della rete di seta dei comuni polverizzatori, che si oppone a che il pallone di gomma si dilati troppo e si rompa.

Difatti quando la cicatrice ombelicale è completamente formata e diventata un poco vecchia, e il tessuto connettivo giovane che prima la formava si è convertito nel resistente tessuto fibroso; allora essa si è maggiormente consolidata, ciò che succede, a giudicare dai dati clinici, verso il sesto mese di vita, e non permette più tanto facilmente la produzione dell'ernia.

Questo fatto spero di poter spiegare quanto prima trovando, nell'esaminare ombelichi verso quell'età, la comparsa delle fibre elastiche nel tessuto cicatriziale che chiude l'anello ombelicale, comparsa che secondo me dovrebbe appunto verificarsi circa al sesto mese, perchè oltre quest'età difficilmente si produce l'ernia ricordata.

E che tale comparsa si effettui realmente e in modo speciale e sempre più marcato col progredire dell'età, me lo dimostrarono gli esami praticati su ombelichi di 20-30 e più anni, in cui le sezioni colorite all'orceina misero in evidenza una grandissima quantità di fibre elastiche, enormemente grosse, come non vidi mai, e intrecciate fra di loro in vario senso a dare una resistenza grandissima alla cicatrice ombelicale, nel cui tessuto fibroso si trovano accumulate in grossi fasci che stanno disposti intorno ai fasci collageni, come i quali perciò hanno prevalentemente una direzione dal di dietro e dalla perferia, di dove provengono, all'innanzi e verso il centro della cicatrice per seguitarsi poi parallelamente alla superficie della fossetta ombelicale, mandando delle fibre più sottili e ramificate fin sotto l'epidermide che ricopre detta fossetta.

Oltre a quei grossi fasci che, parallelamente ondulati corrono lungo la cicatrice, si trovano dei fasci trasversali e dei fasci diretti in senso obliquo, che formano complicati intrecci di robustissime fibre elastiche, le quali pure contribuiscono, nell'adulto, a dare grande resistenza alla cicatrice ombelicale.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

IL PARTO PODALICO
NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

STUDIO STATISTICO

DEL
Dott. ERSILIO FERRONI
Assistente volontario.

(Continuazione, vedi pag. 272).

Interventi.

Trattandosi di una semplice esposizione statistica, mi fermerò sull'intervento ostetrico nel parto pel podice solo per riferire quei casi che più c'interessano, non essendo mio proposito analizzare in modo sistematico e secondo i varii tempi del travaglio tutti gli atti operativi inerenti a questo genere di presentazione e molto meno poi la tecnica relativa. A tal riguardo ecco un quadro sommario dei principali interventi che passeremo in rapida rassegna.

Sul feto	Manuali		Riduzione del cordone ombelicale	20 volte
			» degli arti superiori procidenti	8 »
			Uncinazione digitale	11 »
			Estrazione di tutto il feto	69 »
			» delle spalle e della testa	7 »
			» della sola testa	33 »
			Riduzione degli arti rialzati o sbarrati	10 »
	Strumentali	Sull'estremo pelvico	Laccio	1 »
			Uncino ottuso	4 »
			Forcipe	1 »
		Sull'estremo cefalico	Forcipe	3 »
			Cefalotripsia	1 »
			Craniotomia	1 »
Sulla madre	Taglio cesareo			1 »
	Scarificazioni sui genitali esterni e sul collo uterino			4 »
	Sutura del perineo			2 »

Il totale degli atti operativi è così elevato perchè parecchi di essi furono eseguiti sullo stesso feto e nello specchietto, per ragione di forma, figurano come interventi separati. Si ha un caso, p. es., in cui, oltre alla riduzione del cordone, si estrasse il feto manualmente, si ridussero gli arti rialzati e si applicò il forcipe a testa ultima.

Sulla riduzione del cordone ombelicale, eseguita coi mezzi di cui l'ostetrico dispone, non mi trattengo. In tutti i casi — N. 20 — da me riportati, tranne una sola volta, non fu possibile mantenere il funicolo entro l'utero. Questo fatto, del resto, era stato già messo in rilievo da quasi tutti gli autori. Lo Schluter (129) ottiene invece in simili casi un numero veramente grande di successi, tanto da trovare il 73 0|0 di feti vivi, mentre nelle nostre cifre, come precedentemente ho riferito, si ricava il 68.7 0|0 di feti morti.

La riduzione degli arti superiori procidenti non ha offerto particolarità degne di nota: dissi altrove che la mortalità fetale imputabile a questo accidente è stata del 75 0|0.

Relativamente all'uncinazione digitale, riportiamo il seguente specchietto in cui sono raccolti i dati più salienti degli 11 feti sui quali s'intervenne:

Num. delle gravid.	Epoca della gravid.	Presentazione e posizione	Inguine uncinato	Stato del feto	Peso del feto	Puerperio	*Osservazio*
							Prima del 1
Ipara	A term.	Natiche SA	Anteriore	AR	2373 gr.	Regolare	—
Plurip.	A term.	» SA	»	M (idrocef.)	2401 »	Regolare	—
Plurip.	A term.	» DP	»	AnR	2118 »	Regolare	—
Ipara	A term.	Ginocchi DP	Ginocchio ant.	Mtr.	3051 »	Morboso (con guar.)	—
Ipara	A term.	Natiche DP	Inguine ant.	AnR	3220 »	Regolare	—
Plurip.	A term.	» SA	Ambedue gli inguini	Mtr.	3200 »	Regolare	—
							Dopo il 18
Plurip.	A term.	Natiche SA	Anteriore	AR (muore dopo 1 ora)	2800 gr.	Regolare	—
Ipara	A term.	» SP	»	AR	3290 »	Regolare	—
Ipara	A term.	» SP	»	Mtr.	3450 »	Regolare	—
Plurip.	7 mesi	» SP	»	AR	1820 »	Febbrile	Frattura del more al 3.° s
?	A term.	» SP	»	Pr.	?	?	—

Questo piccolo quadro non ha bisogno di ulteriori aggiunte. È notevole la prevalenza delle posizioni posteriori in confronto alle anteriori, donde l'aiuto manuale per la discesa del podice; non è indifferente la mortalità fetale che raggiunge il 55. 5 0[0, escludendo l'idrocefalo e il Pr.

Infatti su 9 feti (facendo astrazione da quei due), si hanno 4 AR e 5 M (2 nR e 3 Mtr.). Nessun feto vivo. Nelle Ipare la mortalità è maggiore, AR 2, M in genere 3, mentre nelle pluripare 2 AR e 2 M. I feti con un peso superiore ai 3000 gr. muoiono in massima parte; su 5 bambini al di là di 3000 gr. 4 morirono, su 4 (escluso l'idrocefalo) al disotto di questo peso, ne morì uno solo. L'uncinazione del cavo popliteo nella presentazione di ginocchi si deve ad un arresto di progressione e quella di ambedue gli inguini ad una mancanza di rotazione interna che impediva l'espulsione del podice. Si uncinarono le due pieghe inguinali per ottenere forzatamente questo movimento. Tutte le volte che s'intervenne si riuscì a trarre in basso la parte presentata eccetto pei feti di 3290 e di 3450 gr. Si noti infine la frattura del femore in un caso che non presenta nulla di grave.

A parte i pochi autori che riposero cieca fiducia nell'uncinazione digitale, è ormai generalmente accettato che questa manovra non risponde al concetto teorico che l'ha ispirata. Si è detto infatti, e a ragione, che il dito in molti casi non può trovare spazio sufficiente per passare tra anca fetale e pelvi materna, molto più se il podice ha già ruotato, che l'uncinazione riesce spesso incompleta, che un dito solo non ha la forza di trarre in basso la parte presentata per quanto ingegnosamente si cerchi di aiutarlo, che esso facilmente si stanca, che si ricava l'identico effetto dalla applicazione di due dita invece di uno per il loro accavallamento, che i risultati sono nulli per poco che il podice si trovi in alto, ecc., ecc. Se a tutto questo si aggiunge i pericoli che accompagnano la manovra stessa, quali ad esempio la frattura del femore, malgrado i molteplici consigli che si son dati per evitarla, nessuna meraviglia che molti ostetrici la rigettino, come fanno per la strumentale, o tutto al più la utilizzino nei casi di feto morto (Lusck (130), Pugliatti (9), Martin (131), Charles (34), Mangiagalli (2), Fritsch (71), ecc., ecc.).

I nostri casi non confermerebbero a prima vista tale modo di vedere giacchè 9 volte su 11 si riuscì con l'uncinazione manuale a condurre in basso il podice. Se poniamo mente però all'elevata mortalità

fetale, non possiamo fare a meno di metterla in rapporto con la lentezza dell'atto operativo che non dà la garanzia di un risultato rapido qualora ve ne sia il bisogno, senza contare la frattura del femore che da sola parlerebbe contro l'applicazione di questa manovra. È da notare altresì che nei casi sopra riferiti il podice era già immesso più o meno profondamente nello scavo.

Estrazione manuale. — Considero dapprima l'estrazione completa del feto, cioè a dire della regione sotto e sopraombelicale in unica manovra operativa. Essa venne eseguita 69 volte e fra le cause che determinarono l'intervento si debbono annoverare le sofferenze fetali in genere, la procidenza irriducibile di arti superiori e di funicolo, la inerzia dell'utero, i vizi pelvici, la placenta previa, ecc. ecc. Sono escluse dalla cifra complessiva le estrazioni nei parti prematuri provocati. Non tenendo conto di questi parti prematuri, l'estrazione manuale avrebbe presentato la frequenza del 21.1 0[0, molto vicina a quella del 24.24, riportata dal Mangiagalli (2), che su 66 feti notò 16 volte l'applicazione di tale manovra. Il Porak (55) invece dà la percentuale del 16.6 per aver visto 18 di queste estrazioni su 108 feti pel P. L'estrazione manuale fu eseguita, come dissi precedentemente, 27 volte nelle Ipare e 42 nelle pluripare; in quanto all'epoca della gravidanza si ebbe:

	Totale	Ipare	Plurip.
A termine	43 volte	19	24
8.° mese	12 »	3	9
7.° »	3 »	2	1
6.° »	10 »	3	7
5.° »	1 »	—	1

La mortalità fetale è stata in genere del 46.8 0[0, esclusi i Pr., avendo trovato:

Feti vivi . . . . . N. 6

Feti asfittici . . . . » 33 { 19 R / 14 nR

Feti morti . . . . . » 30 { 8 Mtr. / 22 Pr.

Anche qui i nostri risultati si avvicinano a quelli ottenuti dal Mangiagalli (2) nella Scuola ostetrica di Milano: facendo astrazione da un caso di feto premorto e di un anencefalo con spina bifida, sopra 14 casi di estrazione si ebbero soltanto 7 feti vivi = 50 0[0. Come l'autore fa osservare non sono estranee alla gravità della prognosi le frequenti complicanze riscontrate in questi casi, come ad es. 7 stenosi pelviche, 1 eclampsia, 1 fibroma d'utero, ecc. Torniamo alle mie osservazioni.

Nelle primipare la mortalità ha raggiunto appena il 35 0[0, nelle pluripare il 55. 5 0[0. Infatti:

Ipare			Pluripare		
V	3		V	3	
A	14	10 R 4 nR	A	19	9 R 10 nR
M	10	3 Mtr. 7 Pr.	M	20	5 Mtr. 15 Pr.
	27			42	

La mortalità non sarebbe così eccessiva se si togliessero i casi di viziatura pelvica, nei quali la percentuale ascende al 75 0[0. Su 13 feti estratti da un bacino viziato, 3 nacquero asfittici e si riebbero, 3, anch'essi asfittici, non ritornarono più in vita, 6 morirono in travaglio e 1 era premorto. Escludendo questi casi che aggravano enormemente il pronostico dell'atto operativo, la mortalità nelle estrazioni eseguite su pelvi normali scende al 37 0[0, inferiore persino a quella del Porak che a parità di condizioni è del 38. 8 0[0 (7 morti su 18 estrazioni). La gravità della prognosi sarebbe ancora minore se fra i casi di estrazione non fossero compresi quelli in cui la manovra operativa si complicò in un modo qualsiasi e specialmente al sollevamento o alla sbarratura degli arti superiori. Quest'ultimo accidente, riscontrato in 5 estrazioni manuali, rese asfittici 3 feti, uno dei quali non si riebbe, e fece morire gli altri 2 lungo il travaglio. Se consideriamo la mortalità fetale in rapporto all'epoca della gravidanza si ha:

A termine			8.° mese		
Feti V	4		Feti V	1	
» A	27	14 R 13 R	» A	6	5 R 1 nR
» M	12	7 Mtr. 5 Pr.	» M	5	Pr.

Togliendo i premorti e ricavando le percentuali, si ottiene il 52.6 0[0 di feti morti quando l'estrazione si fa a termine di gravidanza, il 14.2 0[0 se all'8.° mese. Tralascio gli altri mesi perchè tutti i feti che vi si riferiscono, meno uno, nacquero morti.

Tenendo conto dei feti a termine e degli ottimestri, si hanno i seguenti risultati in rapporto al loro peso:

Feti al di sotto di 3000 gr.				*Feti al di sopra di 3000 gr.*			
V	3			V	2		
A	20	12 R 8 nR	cioè M in genere (senza i Pr.) 40 0[0	A	13	7 R 6 nR	vale a dire M = 55 0[0
M	10	2 Mtr. 8 Pr.		M	5	Mtr.	

Mancano due feti di cui non si sa il peso.

In quanto alla varietà della presentazione, l'estrazione podalica fu eseguita:

21	volte	nel	podice	completo		
28	»	»	»	incompleto	varietà	natiche
6	»	»	»	»	»	piedi
2	»	»	»	»	»	ginocchi
8	»	»	»	»	»	mista.

In 4 casi non è riportata nè la var. della present. nè la posiz.

N. 69

Facendo il confronto tra queste e le cifre medie delle singole varietà nelle condizioni normali, si ha un maggior numero di estrazioni nella varietà piedi e mista. Riguardo alle posizioni si può dire che la SA ha richiesto meno di tutte le altre quest' intervento manuale. Infatti si ebbe: SA 26 volte DP 22, DA 10, SP 2.

Il puerperio è stato quasi sempre felice. Prima del 1870 esso fu normale 16 volte, morboso con guarigione 12 volte, morboso con esito letale (infezione puerperale) 1 volta; dopo il 1870 si notò:

Puerperi normali	. . . . .	28
»	morbosi con guarigione. .	9
»	» » morte . . .	3, due dovuti ad emorragia da placenta previa, uno a nefrite.

Non mi fermo ulteriormente sull' estrazione manuale dell' intiero feto: la tecnica adoperata fu la solita in ogni caso e tralascio quindi

di occuparmene. Qualche volta, mentre la porzione sottombelicale del feto era venuta all' esterno senza alcuna difficoltà, il passaggio delle spalle e della testa richiese per una causa qualunque (inerzia, eccessivo volume del feto, sofferenze fetali, ecc.) l'intervento manuale.

Considero a parte questi casi perchè il loro pronostico operativo si è mostrato un po' più grave di quello riferito per l'estrazione dell'intiero feto; ciò però non esclude affatto quanto è stato ammesso da parecchi autori, fra cui il Porak (55), il quale su 41 estrazioni della porzione sopraombelicale (21 volte la testa e 20 volte le spalle e la testa) trovò 1 solo feto morto, insuccesso dovuto piuttosto alla procidenza del cordone che complicava il parto, e l'Etienne (20) che intervenendo metodicamente in tutti i parti podalici appena espulsa la parte sottoombelicale, ottenne 0 0[0 di mortalità.

Si estrasse 7 volte le spalle e la testa: 4 donne erano Ipare e 3 pluripare; la gravidanza in 5 casi era giunta a termine, in un caso a 8 mesi e in un altro a sette. Dei feti estratti 2 nacquero asfittici e si riebbero, 3 non ritornarono più in vita, 1 morì in travaglio e l'ultimo era premorto. Dalle 3 pluripare si ebbero il Pr. e i 2 AR (1 sopra 3000 gr. e 2 al di sotto), dalle 4 Ipare i 3 AnR e il Mtr. (2 al di là di 3000 gr.). La gravità del pronostico fetale va messa in rapporto con le maggiori sofferenze a cui va incontro il feto nell' estrazione della parte superiore del tronco, come si riscontra in tutti i casi di estrazione completa per ragioni abbastanza ovvie.

In quanto al puerperio non si constatò nessun accidente; prima del 1870 5 volte fu normale e una volta morboso ma seguito da guarigione, dopo il 1870 se ne ebbe un sol caso e anche questo normale.

Estrazione manuale della sola testa. — Mi limiterò esclusivamente ad accennare i risultati ottenuti dal materiale che ho raccolto senza trattenermi su tutte le particolarità di tecnica e di meccanismo che si riferiscono a quest'argomento e per le quali, in base alle mie osservazioni, non avrei nulla da aggiungere.

In ogni parto pel podice il 6.° tempo è sempre agevolato da manovre manuali: a proposito dell'estrazione della testa mi occupo però di quei soli casi in cui fu indicato un vero intervento, cioè a dire in cui forzatamente si riuscì a portare all' esterno l' estremo cefalico. Di questi casi se ne contano 33 in rapporto con l'inerzia dell'utero, con l'eccessivo sviluppo del feto, con le sofferenze fetali in genere, ecc.,

20 di essi appartengono a Ipare e 12 a pluripare; 1 volta si estrasse la sola testa in una donna di cui si conobbe il numero delle gravidanze. L'intervento si rese necessario

a termine	28 volte	16 Ipare	11 Plurip.
all'8.° mese	2 »	2 »	—
al 7.° »	3 »	2 »	1 Plurip.

In quanto alla prognosi dell'atto operativo si è avuto:

Feti V 11

» A 18 { 7 R / 11 nR donde, togliendo i Pr., M = 41.9 0[0

» M 4 { 2 Mtr. / 2 Pr.

Nelle primipare la mortalità fetale è stata inferiore a quella delle multipare, avendo trovato per le une, escludendo sempre i Pr., il 33.3 0[0, per le altre il 58.3 0[0. Infatti:

Ipare	V	6		Plurip.	V	4	
	A	11	6 R / 5 nR		A	7	1 R / 6 nR
	M	3	1 Mtr. / 2 Pr.		M	1	Mtr.

Questi risultati si debbono accogliere, come ben s'intende, con molta riserva. Inutile dire che col crescere del peso dei feti la prognosi si aggravò sempre di più.

Dissi altrove che in un caso (feto AnR, di 1480 gr., nato da pluripara al 7.° mese) si ebbe la frattura della mandibola e in un altro (feto V, di 2885 gr. nato da Ipara all'8.° mese) si constatò una deformazione dei tratti del viso caratterizzata da un abbassamento convulsivo del labbro inferiore deviato verso sinistra.

Dovrei qui intrattenermi sulla manovra di estrazione che dà i migliori risultati pratici. Se si dovesse tenere conto di tutti i metodi che sono stati consigliati a tale riguardo andremmo troppo per le lunghe. Il solo Winckel (46) ne riporta 21 e tra questi non figurano le manovre del Ritgen, del Braun (132), del Fritsch (71), del Koppe (133), del Pazzi (134), ecc. Stando però ai metodi più in uso e che rispondono più degli altri ai bisogni dell'ostetrico, dobbiamo limitarci a scegliere tra il Mauriceau-Veit (Smellie, Lachapelle, Levret, Simpson, ecc.) (135),

il Wigand-Martin-Winckel (136) e quello della Scuola di Praga (Kiwisch, Scanzoni, Lange, quantunque un secolo prima fosse stato messo avanti dal Pugh con una razionale modificazione) (137). Fra questi metodi, della cui descrizione mi risparmio, quello della scuola di Praga gode minor favore: a cominciare dall'Hohl (138) sino al Fehling (139), al Martin (140), ecc. un grandissimo numero di ostetrici hanno rimproverato a tale manovra le frequenti lesioni della colonna vertebrale che possono spingersi anche al distacco della testa dal tronco; adoperato senza alcuna modificazione non può consigliarsi in tutti i casi, specialmente poi quando la testa fetale non è molto alta e la bocca si può raggiungere senza difficoltà. Più larga applicazione godono gli altri due metodi del Mauriceau-Veit e del Wigand-Martin. Secondo alcuni la manovra del Mauriceau-Veit dovrebbe cedere il posto a quella del Wigand-Martin per le lesioni che essa arreca alla cavità boccale del feto in genere e al mascellare inferiore in ispecie, così da render legittima la raccomandazione suggerita da qualche ostetrico [Kilian (141)] di impiegarla nei soli casi di feto morto. E ciò indipendentemente dai molteplici consigli che si son dati per evitare questi possibili accidenti.

Ad appoggiare la manovra del Wigand basterebbero i risultati abbastanza noti del Martin e del Winckel, donde l'aggiunta del loro nome a questo metodo. Anche l'Eisenhart (142) preferisce la manovra del Wigand-Martin a quella del Mauriceau-Veit. Egli ha raccolto nella Clinica di Winckel 50 casi di estrazione della testa ultima col processo del Wigand, prescindendo dai feti immaturi, dai macerati, ecc. che non avrebbero permesso di dare un giudizio esatto e li ha messi in confronto con altri 50 casi in cui si era applicato il metodo di Mauriceau-Veit; ha concluso da ciò che con la manovra del Wigand-Martin si ha una probabilità 7 volte maggiore che con la Mauriceau-Veit di estrarre un feto vivo e vitabile e che il primo metodo mette al coperto da ogni possibile lesione fetale oltre ad essere vantaggiosissimo per la madre.

Malgrado tutto questo, si potrebbe dire che le maggiori simpatie siano per la manovra di Mauriceau. Facendo astrazione dagli antichi ostetrici, Braun (18) la raccomanda e con esso Fritsch (71), Porak (55), il quale però in casi speciali adopera un metodo misto (Mauriceau e scuola di Praga), Winter (143), Herzfeld e molti altri ancora fra i quali conviene citare l'Etienne (20) che attribuisce alla manovra di Mauriceau-Veit, ultimo tempo del suo intervento precoce, gli splendidi risultati

della Maternità di Nancy (0 0[0 di mortalità fetale). Si noti però che egli, sin dal principio dell'estrazione, fa esercitare da un assistente una compressione energica e continua sul fondo dell'utero.

Anche nei casi d'estrazione riportati dall'Inverardi (10) la testa si è estratta col metodo Veit. Truzzi (11) non ritiene la manovra del Wigand-Martin superiore a quella del Mauriceau: per quest'ultima egli trova su 107 casi una mortalità complessiva del 22.4 0[0 comprendendovi anche le estrazioni in pelvi ristrette.

Dall'esame dei miei casi non posso ricavare un giudizio concreto sulla questione. Tenendo conto delle sole presentazioni podaliche avvenute dal 1883 in poi (giacchè delle altre mancano le storie dettagliate), trovo segnate un certo numero di estrazioni col metodo di Mauriceau-Veit e parecchie altre con quello di Wigand-Martin e della Scuola di Praga. Alla prima manovra si è ricorso nella maggioranza dei casi e i risultati ottenuti sono stati abbastanza soddisfacenti. Di 8 feti a termine di cui si conosce il peso, col metodo di Mauriceau se ne estrassero 4 vivi e 4 asfittici, 3 dei quali si riebbero subito dopo. Quindi 1 AnR su 8. È da notare però che due soli feti oltrepassavano i 3000 gr. e che 6 di essi appartenevano a pluripare.

La manovra di Praga ha dato una mortalità maggiore: prendendo in esame 7 feti (6 a termine, 1 all'8.° mese) sui quali s'intervenne con questa sola manovra, 5 nacquero vivi, 1 asfittico e non si riebbe, 1 morì lungo l'estrazione. Dei 7 feti 4 pesavano più di 3000 gr.; soltanto 3 appartenevano a multipare. Il caso di deformazione dei tratti del viso si notò in seguito a questa manovra.

Sulla manovra di Wigand-Martin ho poche osservazioni: il suo pronostico, da quanto si può arguire, sembrerebbe inferiore a quello della Mauriceau-Veit, ma non ne differisce di molto.

In un caso poi si dovette ricorrere all'uncinazione delle arcate sopraorbitarie e si estrasse un feto morto; la frattura della mandibola si ebbe in un feto di cui si uncinò forzatamente il pavimento boccale. Le manovre intese ad estrarre la testa ultima quando essa s'impegnò in una posizione anomala furono sempre quelle stesse che comunemente si applicano in simili casi. Per mancanza di osservazioni non mi trattengo neanche sui varî metodi messi in uso per far respirare il feto se l'estrazione dura a lungo [Pugh, Weidmann, Barnes, ecc. (144)], nè sui vantaggi che si ricavano dalla loro applicazione.

Riduzione della elevazione e della sbarratura degli arti superiori. — Raccolgo in questo piccolo quadro tutti i casi che vi si riferiscono:

Numero delle gravidanze	Epoca della gravid.	Presentaz. e posizione	Cause possibili del sollevamento e della sbarrat.	Arti innalzati o sbarrati	Stato del feto	Peso gr.	Puerperio	Osservazioni
Plurip.	A term.	Natiche SP	Esagerata rotaz. int. delle spalle.	Innalzam. delle due braccia verso destra.	AnR	2373	Regolare	—
Plurip.	A term.	Natiche DA	—	Innalzam. del braccio destro.	AR	2919	Regolare	Feto ascitico. Ecchimosi della mano destra per compressione tra testa fetale e pube materno.
Ipara	7 mesi	Completa DP	Estrazione manuale. Vizio pelvico di 2.° grado (CV cm. 6,6).	Sbarram. del braccio sinistro.	Mtr.	2150	Morboso (con guar.)	—
Ipara	A term.	Completa SA	Inerzia uter. Estraz. manuale.	Sbarram. dell' arto anteriore.	Mtr.	3370	Regolare	—
Plurip.	A term.	Mista DP	Estrazione manuale.	Sbarram. dell' arto posteriore.	AnR	2860	Regolare	—
Plurip.	A term.	Natiche DA	Parto rapido.	Innalzamento di entrambi gli arti.	V	2770	Regolare	—
Ipara	A term.	Natiche SP	Estrazione strument. e manuale.	Innalzamento di entrambi gli arti.	AR	3290	Regolare	Parietale destro assai sporgente; depresso il sinistro. Bozza occipitale deviata verso destra.
Plurip.	A term.	Mista SA	Estrazione manuale.	Innalzamento di entrambi gli arti.	AR	3510	Regolare	Frattura dell'omero sinistro al 3.° inferiore.
Plurip.	A term.	Piedi DA	—	Innalzam. dell' arto posteriore.	AR	2970	Regolare	—
Ipara	A term.	Completa DA	—	Innalzamento di entrambi gli arti.	V	3020	Regolare	—

Ho riportato di già qualche altro particolare sú queste osservazioni e non rimane quindi che stabilire il procento della mortalità fetale. L'esame accurato della tabella basterà a mettere in rilievo tutti quei fatti che io tralascio di riassumere e che potrebbero avere un certo interesse.

Lo stato di salute dei feti si può concretare nel seguente modo:

Vivi	2	
A	6	4 R 2 nR
M	2	Mtr.

ciò che significa il 40 0[0 di feti morti in seguito a questo accidente. Non contiamo le lesioni fetali di cui è fatto cenno nel quadro antecedente. Nelle Ipare la mortalità si accresce: abbiamo infatti 1 feto V, 1 AnR e 2 Mtr., mentre nelle multipare 1 feto V e 5 A, 3 dei quali riavuti. Il pronostico è ancora più grave nella semplice sbarratura, la quale in 3 casi ha dato 2 feti Mtr. e 1 AnR. Oltre alla maggior gravità di quest'accidente in confronto al semplice innalzamento si deve anche pensare che due di questi feti appartenevano a Ipare.

Dei puerperi 9 furono normali, uno solo morboso, ma in tal caso si noti che il parto era stato provocato artificialmente.

Se il numero dei miei casi non fosse così scarso e se avessi dei dati più precisi, mi piacerebbe dire qualche parola sui vari metodi (e non son pochi — Wasseige, Farabeuf e Varnier, Dührssen, Barnes, Truzzi, ecc.) (145) che si son proposti per la riduzione degli arti così atteggiati e specialmente sulla rotazione assiale del tronco che conta di già moltissimi fautori. Ma di tutto ciò son costretto a non occuparmi.

In questa rapida esposizione degl'interventi manuali non ho compreso nè la versione cefalica per manovre esterne, nè l'abbassamento profilattico del piede perchè non posseggo neanche un caso che vi si riferisca. Entrambe queste manovre sono state ampiamente discusse; l'una e l'altra, e specialmente la seconda, avrebbero una grandissima influenza sul pronostico fetale.

Come si sa, la versione per manovre esterne fu validamente sostenuta dal Porak (55), secondo il quale, data la mortalità dei feti che si presentano pel P, bisogna tentare sempre quest'atto operativo nel corso

del 9.° mese o alla fine dell'8.°. La versione cefalica, che non presenterebbe alcun danno per la madre e pel feto, non dovrebbe eseguirsi in quei soli casi in cui è necessario impiegare molta forza o quando si tratta di feti morti e di gravidanze gemellari. In ogni modo, dice il Porak, i rari inconvenienti a cui essa dà luogo sono sempre meno gravi di quelli che dipendono dalla presentazione podalica stessa.

Appoggiano la pratica della versione per manovre esterne moltissimi ostetrici fra cui Mattei (146), Doléris (147), Wasseige (148), Olivier (149) (che eseguisce quest'atto operativo per avere estratto 3 feti morti in seguito all'applicazione del laccio), Lusck (130), Hubert (in qualche caso) (37), ecc.

Loviot è il partigiano più accanito della versione cefalica: mentre gli altri autori limitano questa manovra ai casi in cui le membrane sono integre e il travaglio è in principio, Loviot (150) invece riferisce di averla praticata in un feto con procidenza del cordone e in un altro il di cui podice era già disceso nello scavo. In questo caso (Ipara, con leggiere traccie di rachitismo, 8.° mese) mercè la cloronarcosi, la parte presentata fu ricacciata dalla vagina in alto e si sostituì una OISA alla SID primitiva. Corriez (151) eseguisce, come il Loviot, la versione cefalica anche a podice impegnato.

Porak non si era spinto tant' oltre nel caldeggiare la pratica di tale atto operativo.

Molti ostetrici hanno sostenuto invece l'idea contraria. Si deve specialmente al Guéniot e al Pajot (152) il merito di aver messo un freno all'applicazione qualche volta dannosa della versione cefalica nelle presentazioni di podice. Il concetto di Pajot sul proposito è chiarissimo: nei casi in cui la versione è facile il parto terminerebbe da solo e quindi è inutile, dove è difficile è impossibile o infausta. Con ciò si verrebbe a togliere qualsiasi importanza alla versione cefalica dal momento che nelle Ipare non conviene praticarla per i danni che ne conseguono e che nelle multipare non è necessaria.

Dello stesso parere sono Charpentier (153) e Verrier (154). Fra gli italiani il Truzzi (86) ha portato col suo bellissimo caso di brevità del funicolo (presentazione podalica immutabile) un contributo contro l'applicazione incondizionata di questa manovra.

Prescindiamo per ora dai casi di vizio pelvico in cui l'intervento dell'ostetrico con la versione cefalica merita un esame più accurato.

Non ha meno importanza l'abbassamento profilattico dell'arto dalla cui descrizione, come al solito, mi dispenso per ragioni di brevità. A parte gli antichi ostetrici che nella varietà natiche credevano utile intervenire sospingendo in alto il podice e traendo in basso ambedue i piedi, moltissimi tra i moderni danno un grande valore a questa manovra che oggidì viene applicata con criteri più razionali e più tecnici d'una volta.

Non si può mettere in dubbio che nel parto per le natiche il pronostico fetale sia più sfavorevole che nelle altre varietà di presentazione podalica, per la maggior frequenza dei casi di distocia e in gran parte poi per la difficoltà degl'interventi. Tutte le cifre che ho riportato nel capitolo della prognosi e degli atti operativi lo dimostrano con sufficiente chiarezza. Se con l'abbassamento profilattico di un arto si riesce ad attenuare i pericoli relativi al feto, non vi è ragione di non applicarlo ogni qual volta esistano delle condizioni permittenti. Presso a poco a questo concetto sono improntati gli studi di tutti coloro che lo sostengono. Kilian (141) ne aveva descritto il tecnicismo e Spiegelberg (61) aveva consigliato l'applicazione dell'abbassamento profilattico nei casi di procidenza del cordone, di bacino totalmente ristretto e di abnorme rigidità delle parti molli. Ahlfeld (155) volle che a tale manovra si ricorresse tutte le volte che l'ostetrico si fosse trovato di fronte ad una presentazione di natiche in Ipara e Mangiagalli (2) sostiene validamente questo principio convinto della facilità e della innocuità dell'atto operativo qualora venga eseguito a tempo opportuno. Winter (156) lo pratica nei casi di stenosi pelvica, di eclampsia e di procidenza del cordone. Questa manovra ha poi ragione di essere tutte le volte che entra in campo la probabile necessità di una estrazione. Aggiungeremo tra i principali sostenitori dell'abbassamento profilattico Hüter (157), il quale pensa che è utile nella varietà natiche abbassare il piede e abbandonare il travaglio a se stesso, Pugliatti (9), Lusck (130), Gaulard (158), Pinard (159), Mantel (160), Farabeuf e Varnier (161), Charles (34), Pasquali (162), ecc. Molti fra questi autori consigliano l'abbassamento dell'arto nei soli casi in cui il podice è al di sopra dello stretto superiore o poco impegnato in modo da poter essere spostato in alto senza alcun danno.

Chiarleoni (3) eseguisce questa manovra anche a podice impegnato in una certa misura, come si rileva dalla sua pratica ostetrica del ser-

vizio di S. Corona; aggiunge però che l'abbassamento dell'arto è pericoloso ai piani perineali. Il Potocki (78) ci offre un lavoro completo sull'argomento. Esso considera l'abbassamento dell'arto sotto il duplice punto di vista profilattico e curativo facendo una minuta descrizione della manualità da lui impiegata nei diversi tempi del travaglio e delle difficoltà a cui si può andare incontro. Egli eseguisce l'abbassamento tanto a podice non ancora impegnato quanto a podice impegnato sia allo stretto superiore, sia nello scavo o allo stretto inferiore.

La misurazione del segmento femorale e tibiale, oltre a tutte le esperienze istituite, appoggiano la pratica del Potocki. I suoi casi clinici dimostrano che per la madre non v'è alcun pericolo e che la prognosi fetale se ne avvantaggia quantunque sia facile la procidenza del cordone (3 volte su 36 casi). Su 25 abbassamenti profilattici, eseguiti a dilatazione completa, egli ebbe 25 feti vivi, senza fratture del femore o lesioni delle cavità articolari. La durata del travaglio è notevolmente abbreviata. La dilatazione incompleta della bocca uterina, la morte certa del feto e il convincimento che il parto possa espletarsi spontaneamente, controindicano l'abbassamento profilattico. L'abbassamento curativo (per sofferenze fetali, elevazioni della temperatura materna, anomalie del meccanismo in genere, ecc.) è rivale, secondo il Potocki, di tutti gli altri interventi: su 7 casi 7 feti vivi. 11 volte si abbassò l'arto quando il podice era profondamente impegnato e si ebbero 11 feti vivi. Si noti che molti feti avevano un peso non indifferente: 6 dai 3500 ai 4000 gr. e 1 di 4100 gr. nacquero vivi.

Non è a dire che l'abbassamento profilattico non abbia avuto degli oppositori. Fra tutti basterebbe citare il Porak, il Dührssen, il Veit e recentemente il Truzzi secondo il quale si dovrebbe rinunciare a questo intervento, sia perchè la presentazione di natiche sole non lo richiede pel suo decorso abbastanza favorevole, sia perchè nei casi in cui venne sperimentato l'abbassamento profilattico si notarono fatti più o meno gravi di asfissia fetale.

Lo ripeto, non ho neanche un caso che si riferisca a questa manovra operativa: se stiamo però a quanto ho detto in altri punti del lavoro a proposito del parto podalico per le natiche, e precisamente alla maggiore mortalità fetale rispetto alle altre varietà, molto più nelle Ipare, è sino ad un certo punto giustificata la presunzione che se si fosse intervenuti abbassando profilatticamente l'arto in un momento favore-

vole del travaglio, il pronostico se ne sarebbe alquanto avvantaggiato. Se aggiungiamo poi, come ho potuto ricavare da un certo numero di casi raccolti negli ultimi anni, che il travaglio nel parto per le natiche è un po' più lungo che nelle altre varietà e che a termine la percentuale degli interventi è maggiore, quella tale presunzione diviene più fondata. A questo proposito si deve anche tener conto dei risultati innegabilmente soddisfacenti a cui dà luogo l'abbassamento dell'arto, ritenendo i più che buona parte degli inconvenienti che gli si attribuiscono sono esagerati e che anzi parecchi di essi vengono eliminati dall'atteggiamento speciale che assume il feto in seguito alla compiuta manovra.

Della spremitura alla Kristeller, tanto raccomandata specialmente nei casi di pelvi impegnata nello scavo (fra noi, ad esempio, dal Chiarleoni) (3) non mi occupo.

Relativamente all'applicazione del laccio sull'inguine posseggo un solo caso. Pluripara, a termine, con presentazione podalica incompleta varietà natiche SP, la parte presentata si arresta nello scavo. Si ricorre all'uncinazione digitale e non ottenendone alcun vantaggio si applica un laccio sull'inguine anteriore. Si estrae un feto di 3450 gr. e che era di già morto lungo il travaglio; puerperio regolare.

Questa sola osservazione non ci permette il più piccolo apprezzamento sull'uso del laccio nel parto podalico quantunque, stando alla maggioranza degli autori, si dovrebbe preferire questo mezzo semplicissimo a tutte le altre manovre e ai molteplici strumenti che tendono a raggiungere il medesimo scopo. Citiamo a tale riguardo, oltre al Peu (163), che pel primo raccomandò il laccio, Hecker, Gregory, Furst, Hohl, Schröder, Spiegelberg, Playfair, Lusck, Porak, Fritsch, ecc. (164). Hildebrand lo applica su entrambi gli inguini. Se la nostra osservazione, che si avvicina moltissimo alle 3 di Olivier (149) nelle quali i rispettivi feti morirono in travaglio dietro l'impiego del laccio, potesse avere un certo valore, non confermerebbe queste vedute. Ad ogni modo non si deve ritenere che l'uso del laccio sia scevro da pericoli (Kilian, Huter, Küstner) (165) e a dimostrarlo basterebbe soltanto quanto ha detto Weckbecker-Sternfeld (166) sulle lesioni in genere delle parti molli e sulla frattura del femore, riscontrate nei feti così estratti. Si deve inoltre tener conto della difficoltà di applicazione che qualche volta presenta il laccio malgrado l'enorme numero di apparecchi che si sono

escogitati per metterlo in sito. Una sommaria ed ottima rivista dei portalacci più conosciuti si ha nel lavoro del Remy (167).

Sull'applicazione dell'uncino ottuso all'inguine del feto che si presenta per le natiche, posso riportare 4 casi, in 3 dei quali fu uncinato il solo inguine anteriore e in uno ambedue gli inguini successivamente. Raccolgo in questo specchietto i particolari che vi si riferiscono:

Num. delle gravid.	Epoca della gravid.	Presentazione e posizione	Stato del feto	Peso del feto	Puerperio	Osservazioni
Plurip.	A term.	Natiche D P con inclin. d. natica destra.	V	4746 gr.	Regolare	Uncinazione di entrambi gli inguini.
Plurip.	A term.	Natiche S P con inclin. sacrale.	AR	3446 »	Regolare	L' inguine uncinato rimase contuso e la cute mortificata si distaccò.
Ipara	A term.	Natiche SA.	Pr.	3390 »	Morboso con guar.	(Prima del 1870).
Ipara	A term.	Natiche SP.	AR	3290 »	Regolare	Si applicò l' uncino ottuso dopo le inutili uncinazioni digitali.

Quello che più interessa di queste 4 osservazioni è il peso del feto superiore sempre ai 3000 gr., la frequenza delle posizioni posteriori, le inclinazioni della pelvi presentata, senza neanche un caso di morte tra i feti vivi al momento del travaglio. L'unico inconveniente che si potè lamentare fu quello della contusione delle parti molli nel punto in cui fece presa l'uncino. Se si dovesse dare un giudizio sull'uncinazione strumentale in base a questi pochi risultati non potrebbe essere che favorevole molto più per le condizioni speciali in cui l'uncino venne applicato.

Questo giudizio sembrerebbe però troppo assoluto dal momento che ostetrici valenti e largamente edotti da esperienze personali si son dichiarati contrari all'uso di questo strumento, la di cui azione, secondo il Porak (55), sarebbe troppo circoscritta e troppo brutale. Dalla Lachapelle (30), che per rigettare l'applicazione dell'uncino fa sue le parole del Viardel (168) « il più bello e il più utile di tutti gli strumenti è quello che ci ha dato la natura, la mano, » possiamo scendere infatti a Jacquemier, Osiander, Stein, Joulin, Schröder, Belluzzi, Morisani, Mangiagalli, Pugliatti, Naegele e Grenser, Porak, Tarnier, Lusck, Fritsch, ecc. (169) tutti convinti dei danni che possono derivare al feto

da quest'atto operativo (principalmente lesioni delle parti molli, frattura del femore e della branca orizzontale del pube).

È ben vero che molti autori hanno cercato di prevenire tutte queste lesioni o per lo meno di rendere la manovra quanto meno dannosa sia possibile; si è pensato, ad es., alle trazioni intermittenti, all'applicazione delle dita della mano libera sul sacro del feto in modo da cacciare in avanti la parte presentata senza che essa s'innalzi di nuovo e la coscia si defletta, ecc., ecc., ma malgrado tutto i risultati rimangono sempre gli stessi. Ciò può anche valere per le altre specie di uncino, quale il flessibile (Delore) e l'articolato (specialmente Wasseige, Verardini).

È appunto per queste considerazioni che mi contento di riportare senz'altro i quattro casi già accennati.

Forcipe sul podice. — Ne posseggo un sol caso riscontrato dopo il 1870. Si tratta di una Ipara a termine con presentazione podalica incompleta varietà natiche, DP. Per l'arresto della progressione, si applicò 3 volte il comune forcipe ai lati della pelvi fetale e sempre senza risultato perchè l'istrumento lasciava la presa. Senza bisogno di ulteriore intervento furono espulse dopo qualche ora le natiche e si estrasse un feto asfittico, di 3040 gr., che non fu possibile ravvivare. Il puerperio decorse normalmente.

Questo caso, di un valore abbastanza limitato e sul quale lascio che altri dia un giudizio più autorevole, ci richiama alla mente il grandissimo numero di ricerche a cui esso ha dato luogo e le molteplici osservazioni cliniche che hanno servito ad appoggiarlo o a combatterlo. Fra gli italiani di quest'ultimi tempi il Belluzzi (170), il Truzzi (171) e il Pugliatti (172) hanno contribuito in modo speciale a far risorgere quest'atto operativo che in altra epoca aveva goduto un certo favore. Un gran merito spetta anche a Jacquemier (173) e a Olivier (174), a cui dobbiamo aggiungere, dando uno sguardo complessivo, Pastorello (74) (che pur non avendone esperienza personale vi presta fiducia), Dubois e Stoltz (175), Huter (157), Haake (176), Balocchi (118), Tarnier e Chantreuil (29), Simpson (177), Guichard (178), Doléris (179), Furst (164), King (180), Loviot (181), Narich (182), ecc., ecc. che vantano tutti degli splendidi risultati. Molto si è discusso sul modo migliore di applicare il forcipe allo scopo di evitare le possibili lesioni fetali e di permettere allo strumento una presa valida ed efficace. I metodi più conosciuti

si possono ridurre all' applicazione delle cucchiaia ai lati della pelvi fetale avendo cura di non oltrepassare le creste iliache [Belluzzi (170)], all'applicazione di una branca sulla coscia posteriore e l'altra sul sacro [presa obliqua ileo-crurale di Haake (176)], di entrambe le cucchiaia sulla radice degli arti e non sulle anche [Olivier (174)], ai lati del bacino fetale in modo che il morso delle cucchiaia sorpassi appena le creste iliache [Truzzi (171)], sugli estremi del diametro che dalla spina iliaca posteriore superiore di un lato va al gran trocantere del lato opposto [Pugliatti (172)]. Secondo gli autori che sostengono tali metodi i vantaggi dell'applicazione di forcipe sul podice sarebbero grandissimi sotto tutti i punti di vista. Il forcipe da applicarsi sarebbe a scelta dell'ostetrico, quantunque vi è chi preferisca il Porro, il Tarsitani, il Tarnier, il Trélat, il Guyon, ecc. In quanto all'altezza della parte presentata, come condizione permittente l'applicazione di forcipe, non sono più accettate le restrizioni dell' Haake (176) che ne voleva limitato l'uso ai soli casi di podice allo stretto inferiore. Si può benissimo applicare anche allo stretto superiore [Guichard (178]). Sul modo di trarre vi è chi segue le norme per l'applicazione di forcipe nelle presentazioni dell'estremo cefalico, vi è chi spiega una forza minima partendo dal principio che i buoni risultati si hanno allorquando il podice progredisce più sotto l'influenza delle contrazioni che sotto quella dello strumento [Furst (164)], vi è chi crede favorevoli le contrazioni spiroidi [Doléris (179]), ecc. ecc. La prognosi fetale sarebbe sempre ottima e ciò in base ad osservazioni cliniche e sperimentali.

Se diamo uno sguardo alla letteratura remota vediamo, a partire dallo Smellie, che consiglia quest'atto operativo dietro l'osservazione di Pudecombe, che Levret, Plenk, Stein, Asdrubali, Bertrandi, ecc. mettono in pratica e sostengono l'applicazione di forcipe sul podice: il forcipe uncinato ottuso del Gergens, di Lamprecht e la modificazione apportatavi dal Frari sono prova dell'importanza che da taluni si dava a questo genere d'intervento (183).

Parlano contro l' atto operativo la Lachapelle, Baudelocque, Capuron, Duges, Moreau (184), e poi Joulin (23) e Velpeau (32), il quale ultimo afferma recisamente che « il forcipe non deve mai essere applicato che sulla testa del bambino. » Lovati (100) lo combatte in modo accanito e non vuole neanche che si applichi a feto morto « perchè se nulla havvi allora a temere pel feto, gravi danni derivano sempre

alla madre. » Il Lefour (185) si contenta di agevolare la discesa del feto con un dito introdotto nel retto della madre (come si fa da taluni — Ritgen — per estrarre la testa ultima) pur di non ricorrere al forcipe.

Morisani, Braun, Naegele, Barnes, Schröder (186) non lo consigliano, Porak (55) è convinto che i risultati non sono soddisfacenti, Fritsch (71) non crede sia più il caso di parlarne e Charles (34) ne concede l'uso pei soli feti morti che permettono un avvicinamento esagerato delle cucchiaia.

Tutto ciò per gl'inconvenienti a cui l'applicazione di forcipe può dar luogo, per la poca sicurezza di riuscita nell'abbassamento delle natiche e per gli altri mezzi operativi più sicuri che sono a disposizione dell'ostetrico, ogni qual volta il podice così atteggiato non può discendere.

Non è mia intenzione trattenermi ulteriormente su quest'argomento che ha tanto interesse; ho accennato solo ai principali autori che se ne sono occupati per giustificare sino ad un certo punto la semplice trascrizione del mio caso. L'insuccesso dell'atto operativo, date le idee che si hanno attualmente sul proposito, non ci potrebbe fare escludere i vantaggi che possono derivare dall'applicazione del forcipe sul podice.

Forcipe sulla testa ultima. — Riassumo brevemente tre casi nei quali la testa venne estratta col forcipe.

Num. delle gravid.	Epoca della gravid.	Stato del feto	Peso	Puerperio	Osservazioni	
Plurip.	A term.	AnR (idrocefalo)	2415 gr.	Morboso con guarig.	Si estrasse la testa. Pelvi piatta; CV cm. 8,4.	prima del 1870
Plurip.	A term.	Mtr.	?	Morte della donna per emorragia da placenta previa.	Si estrasse la testa.	
Ipara	8.° mese	Pr. (idrocefalo)	2450 gr.	Regolare.	(Dopo il 1870). Pelvi piatta; CV cm. 8. Il forcipe non diede alcun risultato. Si compì il parto uncinando con le dita le arcate sopraorbitarie.	

In questi 3 casi la testa aveva di già ruotato e si ricorse al forcipe dopo vani tentativi di estrazione manuale.

Tali risultati non sono affatto soddisfacenti quantunque ciò si debba

in gran parte alle condizioni speciali del feto e della madre che richiesero l'intervento. Non volendo parlare dello Smellie (42), del Deleurye (187), del Baudelocque (19) che fra i primi hanno vantato l'applicazione del forcipe sulla testa postica, applicazione utile, come dice il Baudelocque, nei soli casi in cui il feto trovasi con l'occipite in rapporto al pube o al sacro della madre, il Nessi, il Pastorello, il Velpeau, il Cazeaux e negli ultimi tempi Braun, Tarnier, Ruge, ecc. (188) si son dichiarati favorevoli a questa manovra strumentale. Knox (189) dice di aver ottenuto dei buoni risultati ma lamenta le frequenti lacerazioni perineali, Smith (190) la preferisce addirittura a tutti i metodi di estrazione manuale. Staedler (191) ammette la possibilità in certi casi di salvare per mezzo del forcipe, e senza aumentare i danni per la madre, dei feti che non si è riusciti ad estrarre manualmente. Su 10 osservazioni raccolte nell'Istituto di Bischoff egli ebbe: *madri* 5 volte pelvi normale, 1 volta generalmente ristretta, 1 volta stenosi dello stretto inferiore, 3 volte bacino piatto; *feti:* 3 presentazioni trasversali, 5 podaliche, 1 di V e 1 di Sp. 2 feti nacquero morti (in uno si perforò il cranio), gli altri 8 asfittici e si riebbero.

Se consultiamo la tavola dello Staedler a proposito di qualche ostetrico che ha applicato il forcipe a testa ultima, abbiamo:

Kormann	4 casi	— 1 feto morto	— mortalità	25 0[0		Media generale 28 0[0
Fischer	20 »	— 7 »	» —	»	35 »	
Credè	16 »	— 4 »	» —	»	25 »	
Bischoff	10 »	— 2 »	» —	»	20 »	

Questa percentuale media parla a favore dell'atto operativo e molto più quella dello Staedler, avuto riguardo specialmente alla conformazione pelvica della madre.

Altri autori, sebbene preferiscano le manovre manuali, non disprezzano l'uso del forcipe a testa ultima quando non si è riusciti in altro modo ad estrarre il feto. Tra questi citiamo ad esempio Hubert (37), Lusck (130), Cuzzi (192). Porak (55), pur riconoscendo che col forcipe si possono evitare in gran parte le lesioni prodotte dalle manovre manuali, non l'ha mai adoperato perchè di un uso meno spicciativo. Lovati (100) consiglia di applicarlo nei casi estremi essendo un mezzo atto soltanto a liberare la donna più che a conservare la vita al feto. Schröder (58) è addirittura contrario. Koppe (133), in uno studio compa-

rativo fra l'estrazione manuale della testa ultima e l'applicazione del forcipe, viene alle seguenti conclusioni:

Forcipe.	*Estrazione manuale.*
1.° La sproporzione tra la cavità e il contenuto è aumentata di conseguenza.	È diminuita.
2.° La forza necessaria per l'estrazione deve essere anche proporzionalmente aumentata.	È diminuita.
3.° La forza impiegata è limitata alla forza muscolare dell'operatore.	La forza è illimitata potendo l'operatore richiedere un assistente.

I nostri casi darebbero ragione a quest'ultimi: tuttavia dobbiamo notare col Fritsch (71), che se il forcipe si applica dopo che le manovre manuali non son riuscite, difficilmente si potranno avere dei feti vivi.

Sulla tecnica delle applicazioni di forcipe nelle occipito-pubiche e nelle occipito-sacrali è inutile intrattenersi.

Sulla cefalotripsia e sulla craniotomia a testa ultima riporto solo due casi occorsi in Clinica, l'uno prima e l'altro dopo il 1870.

Cefalotribo. — Primipara a termine. Riuscendo vane le manovre manuali, si applica il cefalotribo sulla testa ultima, e si riesce ad estrarla. La pelvi materna era viziata di 2.° grado; il feto era morto in travaglio. Il puerperio si mantenne febbrile per la durata di pochi giorni.

Craniotomia. — Parto a termine. Il feto era già morto lungo il travaglio. Con la craniotomia si estrasse immediatamente la testa che non era venuta all'esterno malgrado le ripetute manovre manuali.

Su questo genere d'intervento vi è pochissimo da dire. Quando non si ricorre al forcipe per liberare la testa dopo che tutti i metodi di estrazione manuale son riusciti inutili, o quando l'applicazione dello stesso forcipe non raggiunge lo scopo, non rimane che da praticare la cefalotripsia o la craniotomia: in tali casi il feto è già morto durante i tentativi fatti per estrarlo.

Rimarrebbe solo la questione se nel caso di feto morto convenga, dopo fallite le manovre manuali, ricorrere al forcipe o alla craniotomia o cefalotripsia. Tutti gli autori che ho riportato a favore dell'applicazione di forcipe a testa ultima preferiscono quest'atto operativo, ec-

cetto il Baudelocque (19), fra gli antichi, che in date circostanze consiglia la craniotomia. Fra i moderni lo Schröder (58) vuole che si pratichi la perforazione del cranio dopo riconosciuti inutili i tentativi di estrazione manuale.

Tra coloro che applicano il cefalotribo a testa ultima notiamo il Porak (55). La tecnica di questi due interventi non ha offerto nulla di speciale, oltre a quello che comunemente si pratica.

Per completare l' esposizione dei casi che si riferiscono agli atti operativi contenuti nel precedente specchietto riassuntivo, vi sarebbe ancora da accennare ad un taglio cesareo in donna osteomalacica a termine e con feto V in presentazione di podice DP, di gr. 3219. Mi risparmio della descrizione completa del caso perchè non potrebbe riuscirci utile in nessun modo, data l'epoca in cui l' atto operativo fu compiuto (1828). Aggiungo solo che la pelvi aveva una CV di 72 mm., che s' intervenne dopo 44 ore di travaglio e che la donna morì in 2.ª giornata.

Nello stesso specchietto son riportati, a proposito degl' interventi sulla madre, tre casi di scarificazione ai genitali esterni per edema (indipendentemente dalla nefrite), un caso d'incisioni multiple sul collo e due di perineorrafia per estese lacerazioni perineali.

Delle prime tre donne due sono pluripare (una al 7.º e una all'8.º mese), una primipara (a termine); le incisioni del collo si praticarono in una gravida al 6.º mese.

Anche questi ultimi particolari non offrono grande interesse e li ho riferiti soltanto a compimento del lavoro.

(Continua).

TRADUZIONI

L'ostetricia del passato e l'ostetricia moderna.

Discorso tenuto per l' inaugurazione della Clinica ostetrica della Università di Groninga dal dott. **Alberto Döderlein,** *Prof. ordinario, il 1.° Maggio 1897* (Lipsia, Edit. A. Georgi, 1897). — Trad. **A. Cioja.**

Elettissima Assemblea,

Un' abitudine lodevolissima entrata già da moltissimo tempo negli usi universitarii mi induce (nel presentarmi ad assumere il posto di Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di questa Università) a tratteggiarvi con dati generali la storia dell' Istituto che debbo dirigere e i concetti che mi guideranno negli studii che vi saranno fatti.

Prima di tutto però mi sia permesso, o egregi Professori della Facoltà medica, di esprimervi anche da questa cattedra i miei più vivi ringraziamenti per l' onore di cui da parte vostra fui fatto segno nel chiamarmi a dirigere questa Clinica. E a ciò mi sento ancora più obbligato perchè mi avete chiamato da città molto lontana.

Il fatto che la mia attività scientifica ha fatto rivolgere i vostri sguardi sopra di me, mi risveglia nella mente il ricordo delle città dove si svolse la mia carriera ostetrica. L'instancabile febbre del lavoro tradizionale a Lipsia, l'accoglienza estremamente amorevole fattaci dai direttori degli istituti di Lipsia, e non per ultimo i ricchi mezzi che lo stato mette a disposizione della scienza, vi spinge al lavoro con amore e soddisfazione.

Il ringraziamento della città che ho lasciato e dove ho lavorato mi tocca veramente il cuore e tutto quello che ho fatto e tutte le incitazioni che ne ebbi avranno un' importanza grande anche per il mio avvenire.

Col cuore pieno di speranza assumo l' insegnamento da questa cattedra pensando al mio predecessore che fu tanto benemerito all' Università ed al paese. Il prof. Sänger durante il suo lungo soggiorno in questa Clinica ha contribuito molto a dare un' impronta personale all'esercizio dell'ostetricia in Olanda, e ciò specialmente per la grande diffusione del suo Trattato di ostetricia. Voglia il cielo che anche gli ultimi anni della sua vita sieno guidati e protetti da un genio benefico.

Io mi rallegro di essere arrivato in un paese nel quale già da lungo tempo l'ostetricia è tenuta in considerazione, in un paese che può vantarsi del fatto che

uomini autorevolissimi dedicarono a questo ramo delle discipline mediche il loro lavoro, lavoro che per lungo tempo servì di guida alle altre nazioni negli studii di ostetricia.

Permettetemi che io vi provi questo asserto colla storia alla mano. A questo scopo con pochi tratti voglio delinearvi lo stato dell'ostetricia quale era ai tempi in cui lo storiografo rintracciò l'inizio dell'ostetricia moderna. Bisogna a tale scopo che ci riportiamo al principio del sedicesimo secolo e che ci portiamo prima in Francia poi in Olanda.

Fino a quest'epoca (e ancora per un bel periodo di tempo per altre nazioni) l'ostetricia era esercitata dalle Levatrici. Agli uomini era vietato avvicinarsi alle partorienti, oppure vi erano chiamati solo nei casi rarissimi assai controversi in cui la scienza delle ostetriche erasi invano esaurita ed era sicura la morte della madre e del bambino; allora si mandava pel *chirurgo* che era un medico di secondo ordine il quale in possesso di rozzi strumenti, metteva termine al parto con grossolane manovre e per lo più coll'embriotomia, manovre che ben soventi volte portavano poi a morte anche la madre.

I medici propriamente detti e la scienza medica erano completamente ignari dell'ostetricia, la quale veniva considerata semplicemente come un aiuto da prestarsi per opera di donne, e che stava ben al disotto dell'arte medica. Le benefiche operazioni di cui noi giustamente ci vantiamo (specialmente rivolte alla conservazione della vita fetale), o erano sconosciute come l'applicazione del forcipe, o dimenticate come il rivolgimento podalico già in tempi lontani praticato.

Un grande cambiamento in questo stato di cose incominciò ad effettuarsi in Francia che fu la culla della moderna scienza ostetrica, e questo cambiamento ebbe luogo per merito dei chirurghi i quali rialzarono al dovuto livello questo ramo della medicina ammettendolo a far parte della loro pratica ed attività.

Guidati da concetti ideali, già nell'anno 1271 i chirurghi di Parigi si erano riuniti in « Collegio. » Questo istituto illuminato dal sole della Corte di Francia raggiunse una grande autorità, e fu da Filippo il Bello equiparato col nome di « Collegio di S. Cosimo » per diritti e facoltà alla Facoltà medica.

Essendosi quindi i chirurghi messi al livello dei loro colleghi, ne veniva di conseguenza che anche l'ostetricia che faceva parte della loro pratica venisse nobilitata ed approfondita.

Naturalmente furono solamente le operazioni ostetriche che sentirono un grande beneficio da questo stato di cose, ma questo fu già immenso progresso perchè caddero in disuso le operazioni embriotomiche prima molto usate e si venne a conoscere l'immenso vantaggio delle operazioni conservatrici e specialmente quello del rivolgimento podalico. Andiamo debitori del rinascere di questa operazione specialmente ad Ambrogio Paré il quale faceva parte del Collegio di S. Cosimo e fu quello che pose le basi per l'ulteriore sviluppo dell'ostetricia e della chirurgia.

La potenza della nazione francese, ed il florido suo stato quale si verificò in questi e nei tempi successivi si fece risentire nei suoi benefici effetti anche nelle scienze pacifiche ed umanitarie.

La costruzione di una grande Maternità « l'Hôtel Dieu » diede l'ambita facoltà ad illustri uomini desiderosi di studio di conquistare anche in ostetricia la pratica che in tal ramo della medicina è ancora più necessaria che in tutte le altre; e se volessimo fare dei nomi dovremmo scrivere il nome di molte persone illustri cui anche oggidì noi dobbiamo un pensiero di profonda gratitudine.

Ci basti segnalare quali veri astri del secolo XVI e XVII i nomi di Guillemeau, Mauriceau, Portal, Dionis de la Motte. Dobbiamo sopratutto a questi illustri se la scienza ostetrica dal basso concetto e dal bassissimo stato di vile manualità e ciarlatanismo in cui si trovava (per cui non diffondevasi intorno ad essa che diffidenza, angoscia e spavento) fu elevata al grado di una scienza consolatrice, e a chi la esercitava furono tributati gli onori e la considerazione che loro erano dovute. Infatti Dionis ci dimostra che regine, principesse e grandi dame del più eletto ceto sociale chiedevano l'assistenza degli ostetrici invece che quella delle levatricî, perchè gli ostetrici possedevano cognizioni molto più complete.

Fu l'Olanda che per la prima tolse alla Francia superba il primato delle nazioni nell'ostetricia, il primato di una scienza così umana e benefica! Grazie a Heinrich van Deventer la Francia dovette dividere coll'Olanda l'onore di tenere le redini di questo ramo di scienze, e l'Olanda fu la nazione dove l'ostetricia ebbe prediletta culla mentre prima essa non era in ciò che una devota ammiratrice della Francia.

La grandezza di Deventer sta nella sua grande originalità. Egli non accettò, come tutti gli altri facevano, i dogmi trasmessigli con cieca fiducia e con fede indiscussa, ma mise questi dogmi alla prova di una larga, propria e profonda pratica. Egli non ammise se non ciò che aveva potuto vagliare al controllo della propria osservazione critica; con tutto quello di nuovo che in tal modo potè scoprire, egli fondò una nuova scuola la quale durò e si accrebbe per lungo tempo, e si può dire fin quasi ai giorni nostri. Egli fondò così la pelviologia e specialmente gli studii importantissimi sul bacino soverchiamente ampio e angusto.

Il Deventer applicò all'ostetricia le importanti scoperte anatomiche di Vesalio, Falloppio, Harvey, van Hoorne, Regner de Graaf, Swammerdam e di molti altri. Nei suoi libri che furono il frutto maturo di un lavoro personale egli lasciò dei lavori veramente classici. Il suo grande trattato fu edito contemporaneamente in olandese ed in latino e fu tradotto in francese, in inglese ed in tedesco; ed ancora molto tempo dopo la sua morte se ne fecero nuove edizioni. Deventer fu assai vicino a Mauriceau, ma non si fece schiavo di lui, anzi imparò ben presto a camminare per nuove e proprie vie. E principalmente è a Deventer che dobbiamo se l'ostetricia scioltasi poi dalle pastoie della chirurgia diventò un ramo proprio

e potente per se stesso prendendo uno sviluppo superbamente proficuo e copioso. Dobbiamo quest' oggi specialmente un pensiero di festoso ossequio alla memoria di questo eroe dell' arte nostra perchè egli studiò all' Università di Groninga. Quivi studiò medicina, chirurgia e ostetricia e quivi fu laureato in medicina. Più tardi egli visse a Wiewerd ed all' Aja e morì il 17 Dicembre 1774 a Voorburg dove fu sepolto.

Il secolo XVIII fu ricchissimo di scoperte ostetriche e la letteratura ostetrica si arricchì di molti lavori ai quali gli olandesi contribuirono per una parte ragguardevole. Federico Ruysch, un rinomatissimo ostetrico di Amsterdam che era direttore della scuola delle Levatrici di quella città, e con lui Jacob Denys di Leida pubblicarono moltissime cose sulle applicazioni pratiche delle nuove dottrine.

Veramente straordinarie e tali da interessare, si può ben dire, il mondo intiero furono due scoperte nel campo dell'ostetricia operativa (una delle quali al principio del secolo precedente l'altra alla fine del medesimo) e cioè la scoperta del forcipe e la sinfisiotomia.

Non starò a rifare qui la storia misteriosa del forcipe. Bisogna solo che ricordi che la famiglia Chamberlen in Inghilterra già nel XVII secolo possedeva il forcipe e che per un sentimento di basso egoismo privò il mondo intiero dei benefici effetti di questo istrumento prezioso. Per mezzo di Giovanni Palfyn di Gand il forcipe fu diffuso ovunque. Per quanto tempo Palfyn adoperasse il forcipe prima di farlo conoscere, e se il suo tiratesta presentato all'Accademia di Parigi nel 1723 assomigliasse o no al forcipe non è qui il caso di discutere o indagare. In ogni modo egli fu il primo che diffuse senza esitanza alcuna il forcipe e quindi è a lui che molti devolgono l'invenzione del forcipe.

Quanto più il forcipe fu conosciuto durante il secolo XVIII e tanto più fu apprezzato, e si chiarirono in modo sempre più netto e preciso le sue indicazioni.

I Chamberlen commisero il grossolano errore di farne un istrumento ostetrico universale, errore che fu punito dagli insuccessi che ebbe e precisamente per esempio quello che ebbe tra le mani di Ugo Chamberlen davanti a Mauriceau il 19 Agosto 1670.

Mauriceau presentò a Chamberlen che si trovava a Parigi una partoriente di 38 anni che per una viziatura pelvica non poteva secondo lui essere in altro modo soccorsa se non col pericolosissimo taglio cesareo.

Il Chamberlen promise di potere, in un 1[2 quarto d'ora, col suo mezzo sconosciuto agli altri, portare alla luce il bambino. Dopo aver lavorato tenacemente per tre ore, egli desistette dai suoi insani tentativi e lasciò Parigi svergognato e deriso. La donna da lui martirizzata morì 24 ore dopo ed alla autopsia si ritrovarono lesioni gravi.

La seconda grande scoperta del secolo precedente, per la quale si poterono aver vivi dei bambini anche in presenza di bacini viziati, là dove il forcipe rifiu-

tava il proprio aiuto, fu quella della sinfisiotomia. Essa sostituiva non solo il forcipe, ma il taglio cesareo che riusciva quasi sempre mortale. Essa è oggi risorta dopo 100 anni e questa scoperta fu dovuta a Sigault di Parigi.

Nell'anno 1777 (dopo aver lottato per 10 anni colle parole e cogli scritti in favore della sua scoperta) Sigault praticò per la prima volta la sua sinfisiotomia sulla donna viva ed ebbe la soddisfazione di estrarre un bambino vivo da una donna che aveva una viziatura pelvica così grave che in tutti i quattro parti precedenti tutti i bambini erano nati morti e della quale donna il professore Levret aveva detto che non avrebbe più potuto partorire se non col taglio cesareo.

La donna operata da Sigault guarì, e Sigault trionfò finalmente dei suoi oppositori che vedevano assurda, non praticabile e inutile la sua operazione. A Sigault la Facoltà medica di Parigi fece coniare una medaglia sulla quale è scritto il nome di Sigault e del suo assistente Leroy. Sigault doveva ringraziare Pietro Camper della diffusione della sua operazione contro le opposizioni del potente Baudelocque che allora in ostetricia dettava legge in Francia. Pietro Camper era un olandese al quale dobbiamo anche oggi essere grati in causa di questo fatto. Dico anche oggi perchè gli è solamente in questi ultimi anni che la Sinfisiotomia fu apprezzata giustamente secondo i suoi meriti. Il nostro storiografo Siebold (la cui ultima opera fu pubblicata nel 1845), nel criticare la sinfisiotomia si fa eco del giudizio quasi unanime degli ostetrici della fine del secolo scorso e del principio di questo, i quali respingevano questa operazione chiamandola senza scopo e pericolosa, e chiamando una pazzia l'idea fondamentale di questa operazione la cui attuazione essi temevano al più alto grado. Tutti coloro che a quei tempi si interessavano a questa operazione avevano secondo Siebold qualche cosa di poco lodevole.

Siebold scrive le seguenti parole parlando di Peter Camper e della posizione da questi indicata per la sinfisiotomia: « Se in Olanda questa operazione ebbe un'accoglienza così favorevole lo si deve alle idee del grande Peter Camper, » e in altro punto: « Il suo modo di vedere non ha poco contribuito all'esatto apprezzamento di questa operazione creandole nella sua patria un ambiente favorevole. All'infuori di questi errori, bisogna riconoscere i grandi meriti di P. Camper per far progredire la scienza ostetrica. Egli aveva una grande influenza sui suoi connazionali e le sue teorie che erano giuste, furono approvate anche successivamente. »

Gli storiografi futuri annovereranno tra i grandi meriti di Camper quello di aver contribuito a diffondere la sinfisiotomia, e annoteranno questo fra i suoi titoli di gloria: che il Camper (già prima della scoperta di Sigault) aveva provato con esperimenti sul cadavere e sugli animali l'allargamento che si produce nell'anello pelvico al taglio delle sinfisi, e la possibilità di far aderire di nuovo la sinfisi divisa.

Come conseguenza delle idee di Camper si ebbero in Olanda già nel 1778 una sinfisiotomia eseguita da Groshans in Gertruidenburg con buon esito per la madre,

cui ben presto seguirono altre, come per esempio quella eseguita nel 1779 da van Munster in Nymwegen, e un'altra nel 1783 da Damen ad Aja, ed altre ancora.

Mi permettano, o signori, di rivolgere un saluto di caldo entusiasmo anche a quest'uomo illustre che come il Deventer occupa un posto distinto tra i capi della nostra scuola.

Pietro Camper prese ad insegnare nel 1763 medicina, chirurgia, anatomia e botanica in questa Università di Groninga e vi restò per dieci anni. Nel discorso accademico del professore Giovanni Mulder di Groninga sono annoverati i numerosi ed alti servigi resi da Camper a questa scuola; il discorso è intitolato « Oratio de meritis Petri Camperi in anatomiam comparatam »; questo semplice titolo basta a darci un'idea della grande versatilità dell'ingegno di Pietro Camper.

* * *

Mi permettano ora, o signori, che dopo aver così dato uno sguardo all'ostetricia del passato, mi rivolga all'ostetricia presente.

L'ostetricia insieme alla ginecologia formano oggidì un edificio monumentale alla cui costruzione hanno contribuito tutte le nazioni con un lavoro onorevole e pieno di cure. Lo storiografo dirà imparzialmente quale delle nazioni vi abbia i maggiori meriti, come ha fatto Siebold nella sua classica storia. Come abbiamo già visto una nazione può prevalere momentaneamente sopra un'altra; ciò l'abbiamo già visto nella storia citata dei primi tempi dell'ostetricia, e quindi si danno delle oscillazioni favorevoli o sfavorevoli ad ogni nazione nella prevalenza di una scienza, ma i vantaggi di questi momenti felici possono venir sentiti anche da altri popoli purchè questi si mantengano in contatto col movimento scientifico moderno.

Come si presenta l'ostetricia moderna?

La parte operativa dell'ostetricia è già stata accennata da noi; la tecnica si è tanto allargata che non si sente più il bisogno di nuove scoperte. Le singole operazioni, sia manuali che strumentali, rivolgimento e forcipe o embriotomia hanno ricevuto le loro nette e precise indicazioni, e la prognosi di queste operazioni rispetto alla madre e al figlio è ben designata.

Grazie agli studii di Sänger fatti a Lipsia anche il taglio cesareo ha perduto quella veste di terrore che aveva prima, e la mortalità sua che prima era dell'80 e 90 per cento è scesa ora al 10 per cento, e l'esperienza ha dimostrato che nei casi non complicati, vale a dire in quelli in cui prima del taglio cesareo non vi furono contusioni di parti, o infezioni per parte di inutili e mal diretti tentativi operativi, il taglio cesareo ha la stessa prognosi favorevole di una semplice ovariotomia. Gli instancabili sforzi di Morisani sono riusciti a restituire alla sinfisiotomia i suoi contestati diritti e a dare a questa contesa operazione i suoi limiti esatti ed il posto che le spettava. La tecnica operativa moderna otterrà anche qui le vittorie ottenute in altri campi e darà alla sinfisiotomia i meriti che le spettano.

Quanto più un ramo della medicina pratica diventa scientificamente chiaro, e quanto più questo ramo si sviluppa, altrettanto diminuisce per questo ramo l'interesse attuale nella letteratura, ma in uguale proporzione aumenta per tale ramo la sua importanza nell'insegnamento e nella sua applicazione pratica. La responsabilità degli operatori cresce in proporzione dello svilupparsi della medicina operatoria. Oggidì siamo felici di lodare e apprezzare i beneficii di una scienza molto sviluppata, e ciascuno può oggi saper distinguere quando un disastro operatorio avvenga in causa di un errore dell'operatore e di questi errori (ad ogni infortunio) bisogna moralmente dar conto a sè ed agli altri.

Ne deriva di conseguenza che essendo stata la parte operatoria dell'ostetricia molto sviluppata e perfezionata, e dovendosi la maggior parte delle operazioni ostetriche, anche le più gravi e le più difficili, eseguirsi dal medico pratico in circostanze spesso molto difficili e sfavorevoli, è di necessità dare all'insegnamento ostetrico una grande importanza alla parte operativa. In nessuna parte della loro pratica i medici incorrono in tanto gravi responsabilità come nelle operazioni ostetriche; un medico pratico coscienzioso non dovrebbe sentirsi in coscienza sicuro di poter esercitare in modo soddisfacente l'arte sua, se non avendo una padronanza completa di tutti i dettagli diagnostici e operatorii e di tutta quanta la tecnica operatoria ostetrica. I fattori principali di una istruzione ostetrica completa degli studenti sono la conoscenza teorica profonda dei mutamenti che il corpo della donna subisce nella gravidanza, la conoscenza clinica di molti casi ostetrici e l'esercizio individuale sul fantoccio.

Il professore deve avere sotto mano un abbondante materiale di studio che si cambi di frequente, nel quale egli stesso possa sempre studiare con instancabile attività tutte le particolarità della specialità; egli deve essere messo dalle autorità in posizione di dimostrare la propria specialità agli studenti in un ambiente corrispondente per la assoluta igiene, pulizia e attitudine alle più moderne esigenze, e presentare loro gestanti, partorienti e puerpere in quelle condizioni che debbono poi dagli studenti essere desiderate come modello. Quindi noi professori e studenti dobbiamo riconoscere la grandissima importanza del fatto che in Groninga si sta per erigere un grande ospedale a servizio dell'insegnamento clinico.

L'insegnamento policlinico, se dà la facoltà di dimostrare la pratica ostetrica quale essa veramente si svolge in atto negli ambienti e coi mezzi talora veramente insufficienti dei privati, d'altra parte non ci dà la facoltà di fare questa dimostrazione ad un sufficiente numero di studenti; e anche la distanza dei varii luoghi dove si verificano i casi importa una spendita soverchia di tempo, in proporzione al valore dei casi.

Tra il materiale ostetrico che passa nella clinica e quello che passa nel servizio policlinico esiste a Groninga una grande differenza a svantaggio della clinica; sarà mio ufficio e dovere di ovviare a questo inconveniente nell'interesse dell'in-

segnamento, senza osteggiare di troppo le abitudini di qui, e invoco a tale scopo l'opera vostra importantissima già da questo momento così opportuna.

Se io metto innanzi a tutto come la cosa più importante lo studio delle operazioni ostetriche, lo faccio perchè sono convinto che è cosa altrettanto difficile quanto importante.

Ma nello stesso modo che un popolo oppure un re non debbono raggiungere la loro grandezza e la loro fama con delle guerre cercate e volute, quand'anche queste finiscano bene, tanto meno l'ostetrico deve cercare le proprie soddisfazioni scendendo in campo a lottare col doloroso atto del parto coll'intenzione di applicare la sua arte operatoria.

Anche a questo proposito le tappe storiche percorse dall'arte nostra ci istruiscono saggiamente.

In principio del secolo nostro due illustri uomini di idee e tendenze affatto opposte avevano fatto scuola assiduamente frequentata in ostetricia.

L'uno, Osiander (che insegnò ostetricia dal 1792 al 1822 in Göttingen), era il paladino dell'ostetricia operativa, e trovava e cercava il suo appoggio nelle operazioni ch'egli raccomandava caldamente.

Se noi lasciamo parlare le cifre, vediamo che sopra 2540 parti avvenuti sotto la direzione di Osiander, solamente 1381, cioè il 54 0[0 procedettero col solo aiuto delle forze naturali, cioè una donna ogni due veniva operata, e precisamente il forcipe veniva adoperato largamente in modo che sopra 2540 parti lo si applicò 1016 volte, vale a dire nel 40 0[0 dei casi.

Nella Clinica di Vienna invece si seguivano concetti affatto contrarii ai precedenti e pieni di efficace insegnamento. Böer che lasciava alla natura intatti i proprii diritti, sopra 2926 parti non adoperò il forcipe che 19 volte, cioè sul 0.6 per cento dei casi.

Oltremodo interessante e curioso è il vedere in che modo questi ostetrici insigni furono giudicati nel loro modo di agire dai critici più autorevoli dei loro tempi e da quelli di poi.

Il contrasto tra l'*arte ostetrica* di Osiander e l'*ostetricia* di Böer lo si vede sopratutto chiarissimo nelle *Lettere ostetriche* di Siebold. Il padre Siebold che era lui stesso professore di ostetricia a Würzburg e che lo fu poi più tardi a Berlino, teneva, secondo quanto riferì suo figlio, una via di mezzo tra Osiander e Böer, tra la scuola di Gottingen e quella di Vienna; e sopra il letto di parto della sua scuola si leggeva la seguente iscrizione: « Silenzio e quiete, osservazione della natura e della donna partoriente, attenta applicazione dell'arte, quando la natura prega di essere soccorsa. »

Siebold il figlio, che visitò ripetute volte Vienna trattenendovisi per molto tempo, ritiene che suo padre fu ancora soverchiamente attivo nell'assistenza alle partorienti; egli stesso con sua crescente meraviglia e stupore potè a Vienna per-

suadersi e studiare e capire quanta sia la fiducia che devesi avere nelle forze della natura riducendo ancora di molto l'intervento nostro operativo.

È cosa sorprendente al più alto grado il vedere come l'ostetricia, che è vecchia come il genere umano, abbia appreso a conoscere la potenza delle forze della natura nell'espletare il parto solamente in questo secolo! Nel suo sviluppo l'ostetricia si ridusse di bel nuovo per opera dell'arte e dello studio alla fiducia nella natura, ritraendosi dalle vie artificiose in cui si era messa.

La conseguenza del generalizzarsi dei principii di Böer si fu naturalmente la diminuzione della frequenza delle operazioni ostetriche. Quando però 70 anni dopo la sorella dell'ostetricia, la chirurgia, ebbe in dono dagli studii di Pasteur, di Lister, di Billroth, di Koch l'antisepsi, e tanto i chirurghi che i ginecologi videro radicalmente migliorati i risultati delle loro operazioni, allora anche in ostetricia si risvegliò sempre più il desiderio delle operazioni. E gli ostetrici affidandosi ai miglioramenti tecnici delle operazioni si credettero giustificati ad operare più di frequente. Hegar e Dohrn ricercarono la differenza della percentuale operativa tra il 1870 ed il 1880 e trovarono che essa infatti nel 1880 era in aumento nei varii paesi e per esempio nel Granducato di Baden nel 1870 era del 4 0[0 e nel 1887 era del 7 0[0.

In pari tempo e collo stesso materiale Hegar e Dohrn videro che aumentava la mortalità delle puerpere di pari passo coll'aumento della percentualità operativa. Quindi ne risultava questo assioma: in ostetricia più si opera e più puerpere muoiono.

È quindi chiaro che noi dobbiamo sforzarci di limitare il più possibile le operazioni ostetriche e metterci ben chiaro in mente che il parto per sè è un procedimento naturale che decorre tanto più favorevolmente per la madre quanto più si lasciano valere uniche e sole le forze naturali.

Solamente quando le forze naturali vengono a difettare oppure insorgano circostanze qualsiansi patologiche (che debbonsi riconoscere, diagnosticare e prevenire o vincere a tempo) allora deve venire in campo l'opera dell'ostetrico, allora è l'arte che deve spiegare la sua attività con tutti i suoi diritti.

Si possono chiamare moderni quell'ostetrico e quella levatrice che sono il più possibile passivi. Ma passivi, non solo nel senso di lasciare che il parto si effettui per le sole forze della natura, bensì passivi anche nel non lasciarsi trasportare coi proprii principii in un'altra direzione verso la quale la scienza moderna ha indirizzato i suoi concetti.

Noi andiamo molto più in là dei principii già citati, di un tempo. Non solo noi ci asteniamo da interventi operativi (il che Böer ha già fatto in modo inappuntabile); *noi assistiamo passivi anche al parto fisiologico col non praticare non solo le più innocenti manualità operative, ma ben anco senza praticare la semplice esplorazione, giacchè e le une e l'altra racchiudono in sè un serio pericolo.*

Noi combattiamo sotto le insegne della lotta contro quella terribile malattia che ha già ucciso tante fiorenti vittime, che si asside al letto delle giovani madri e le conduce o rapidamente o con lenta fine alla morte; combattiamo contro quella febbre puerperale una volta endemica nelle Maternità e che ora risorge (talora sotto forma di epidemie fatali), la febbre puerperale, la cui profilassi dalla metà del nostro secolo sino ai nostri giorni fu la parte più studiata dell'ostetricia e lo sarà ancora per lungo tempo.

Senza dire altro dei dettagli di questa parte interessante dell'ostetricia, farò rilevare che oggi è fuori dubbio che la febbre puerperale in ogni suo caso è dovuta ad un'infezione occasionata da microrganismi nei quali la batteriologia riconosce i nemici contro i quali noi dobbiamo combattere. Momentaneamente noi siamo perfettamente disarmati davanti a questi microrganismi una volta che questi sieno penetrati nel corpo della partoriente o della puerpera, ed abbiano potuto, col loro moltiplicarsi rapidissimo e coll'invasione dell'organismo puerperale dar luogo ai ben noti sintomi della febbre puerperale.

Forse la batteriologia ci darà un rimedio col quale si potranno combattere questi germi patogeni anche quando essi si troveranno già diffusi nel corpo della puerpera. Per ora noi dobbiamo sempre più sforzarci di scoprire per quali vie questi microrganismi possano penetrare nell'organismo della donna per vietare loro la strada.

La nostra forza consiste per oggi nella profilassi, ed il praticarla ed applicarla in modo sicuro, è cosa oggi assai difficile e laboriosa nonchè meritoria. I primi passi mossi da questa profilassi rimontano a 50 anni fa, fino alla persona del geniale ed infelice Semmelweis, e fu solo colla creazione della bacteriologia da parte di Koch che si ebbero fondati studii sul modo di diffondersi e di svilupparsi dei microrganismi. Come fatto fondamentale provato dalle ricerche fatte su questo argomento della diffusione della febbre puerperale, possiamo dire che è assodato che i germi i quali fanno ammalare la puerpera per lo più vengono portati nella medesima dall'esterno, di modo che quando questa importazione non avvenga, si viene a togliere di mezzo il più gran numero di casi di febbri puerperali e precisamente si evitano i casi più gravi.

Noi dobbiamo quindi adoperarci sopratutto ad organizzare l'assistenza al parto in modo che sieno ridotte al minimo possibile le occasioni di trasportare nell'interno dei genitali femminili questi germi infettivi.

Non solo le operazioni laboriose o con molti istrumenti, ma i toccamenti ripetuti e le *ripetute esplorazioni colle dita* possono innestare questo esercito invincibile di microrganismi nel corpo della partoriente.

Questo concetto fondamentale del contegno il più passivo possibile da tenersi dal medico ed a maggior ragione dalla levatrice di fronte ad un parto normale rappresenta il maggior progresso che abbia fatto l'ostetricia. Per le esigenze del-

insegnamento negli istituti scolastici di Maternità questo concetto della limitazione dell'esplorazione interna non può avere nessun valore.

Gli studenti debbono praticare largamente l'esplorazione interna sul materiale di studio che ben sovente è scarsissimo per imparare la diagnosi ostetrica. E se nell'interesse delle partorienti dell'Istituto si venisse a limitare alle allieve ed agli studenti questa parte dell'insegnamento, allora il medico pratico non saprebbe più come orizzontarsi nell'esercizio privato dell'ostetricia e nelle molteplici incertezze della casistica clinica medesima.

Fortunatamente non è di necessità fare nell'insegnamento questo passo retrogrado. Quando nelle cliniche ostetriche il personale disciplinato e istruito che sorveglia il parto, esercita un'oculata sorveglianza, quando gli studenti prendano sopra se stessi la responsabilità della negligenza delle norme stabilite, allora le cliniche possono adempiere al loro doppio incarico o ufficio: di servire cioè di insegnamento e di proteggere le partorienti da eventuali malattie.

Gli Istituti universitarii di maternità presentano le migliori statistiche della morbilità e mortalità puerperale. In grazia dell'energico modo di procedere del prof. Hofmeier di Würzburg, sopra 3000 partorienti che furono nel modo più largo adoperate a scopo di insegnamento non si ebbero che sei casi di morte per infezione, di modo che la sua clinica presentò una mortalità in puerperio del 0.2 0[0.

Se si confrontano questi risultati con quelli che si ebbero talora nella clinica ostetrica di Vienna ai tempi di Semmelweis nei quali la mortalità raggiunse perfino il 12 per cento, ci saltano chiari agli occhi i progressi fatti dalla scienza ostetrica in questo senso.

È diventata una parte integrante dei doveri dei Direttori delle cliniche ostetriche di applicare tutte quelle regole e misure che servano a spogliare l'insegnamento di ogni e qualunque pericolo verso le proprie ammalate.

Bisogna aver presente di ottenere questo scopo: portar aiuto alla partoriente ed all'ammalata e di creare nei proprii allievi dei degni seguaci di questo concetto.

* * *

Volontieri avrei ora parlato anche della seconda parte del mio insegnamento, cioè della ginecologia, ma di ciò non posso parlare per non abusare della loro cortese e accondiscendente pazienza.

La ginecologia moderna è in confronto dell'ostetricia un prodotto dei nostri tempi, e solo assai di recente è diventata un ramo considerevole dell'insegnamento. Tutte le cliniche ginecologiche di un tempo mancavano di spazio perchè erano state costruite o solo o precipuamente per l'ostetricia e la parte ginecologica vi fu poi compressa dentro per forza. Bisogna naturalmente che ci sia il concetto fondamentale di dare all'ostetricia tanto per l'importanza nell'insegnamento quanto per i locali ed i mezzi il primo posto negli istituti di Maternità, giacchè è fuori dubbio

che nell'esercizio pratico dei medici la casistica ostetrica si presenta di una attualità, di una urgenza e di una responsabilità superiore assai alla ginecologica, ed infatti se è necessario è anche possibile far ricoverare le donne ammalate negli istituti clinici di ginecologia per le dovute operazioni, il che è invece non è sempre possibile per l'ostetricia. Ma anche in questo caso si può citare il proverbio: dare un colpo al cerchio e l'altro alla botte.

Un medico che non abbia cognizioni di ginecologia può arrecare molti danni, anche per il solo motivo che non può diagnosticare le malattie delle donne; essendo noto che la diagnosi fatta a tempo debito rappresenta in molti casi la sola possibilità di guarigione. La tendenza operatrice in ginecologia festeggia grandi trionfi. Ciò che si è ottenuto fin' ora ci conduce a risultati che parevano un tempo impossibili. Siamo però ancora ben lontani dall'aver raggiunto la meta dei nostri desiderati in ginecologia. Quasi ogni giorno ci troviamo innanzi a delle novità ed è necessario che la nostra critica metta un argine, ove abbisogni, alla marea delle crescenti e numerose scoperte e innovazioni che si inseguono e combattono a vicenda. Fortunatamente la nostra specialità possiede uomini sperimentati e saggi che a tempo debito mettono un freno alla gioventù troppo frettolosa, e che hanno cura affinchè anche nell'avvenire lo sviluppo della ginecologia sia degno dell'opera famosa di Spencer Wells e di Schröder.

Quando mi si fece richiesta della Direzione di questo Istituto si accennò che le presenti cliniche non rispondevano per il modo con cui sono fabbricate al moderno indirizzo della scienza medica; e si disse che si stava fabbricando un nuovo edificio per le cliniche.

Sono quindi obbligato anche in nome dei miei futuri discepoli di ringraziarvi oggi, al momento della mia prolusione, che si dia mano già nell'estate ai nuovi lavori e si provveda intanto alla clinica esistente in modo che fino all'epoca in cui si inaugureranno i nuovi locali, quelli esistenti corrispondano al loro scopo, tanto per riguardo alle ammalate quanto riguardo all'insegnamento. Nel parlarvi così io vi assicuro non sono spinto da altro sentimento che da quello di voler accrescere sempre di maggior forza e lustro l'Istituto vostro a cui mi onoro di appartenere.

Debbo speciali ringraziamenti al Segretario che fu oltre ogni dire sollecito e cortese nell'esaudire i miei desiderii, in modo che già la maggior parte dei miglioramenti progettati furono portati a compimento.

I Professori di recente chiamati alla Direzione di un Istituto soffrono sempre di una certa apprensione, dubitando che il loro Istituto possa rispondere alle esigenze desiderate ed espresse. Chi come me ha l'onore di avere amministratori e segretarii così benevolenti, può inaugurare il proprio Istituto con sentimenti di gratitudine e viva speranza.

L'egregio mio predecessore nel suo discorso accademico del 12 Ottobre 1876 esprimeva fieri dubbii sull'ulteriore esistenza della Scuola Superiore di Groninga;

grosse nubi si addensavano sul suo capo. Questi timori furono con universale contento dissipati. I savii concetti di un' oculata amministrazione dotarono la nostra scuola superiore di una serie di edifici ciascuno dei quali rappresenta un fondamento per il lavoro scientifico dell' Università. Gli è alle sue uniche forze che la nostra scuola vede pareggiata la frequenza degli allievi e quella delle altre università. E mi onoro altamente del dovere che mi incombe di dare le mie forze a questo nobilissimo intento.

Con loro, onoratissimi colleghi della Facoltà di medicina, mi lega ancora un altro stretto vincolo.

Quantunque io entri straniero nella loro cerchia, posso dar loro oggi la certezza e l'assicurazione che mi starà a cuore per l'avvenire come a loro l'avvenire dei medici olandesi. Io spero e so che grazie alla loro gentilissima accoglienza mi troverò presto famigliare con loro.

Ed ora ancora alcune parole a loro studenti! Il lavoro e l' amore al lavoro dev' essere il vincolo che ci unisce e ci lega!

Non solo il « docendo discimus » rinforza nel professore l'amore all'insegnamento; ma il soffio di balda giovinezza che ci portate e l' alacre vostro ingegno ci rinvigorisce e ringiovanisce. L'insegnamento nelle Università è quello che più risente di queste gioie, perchè lo studente si avvicina all'inizio della sua carriera ed è abbastanza maturo per sentire il vero godimento che concede il lavoro.

Ed invero quale lavoro può dare un godimento superiore a quello che ci dà lo studio disinteressato della scienza e dei suoi ideali?

In uno studio critico del nostro storiografo Siebold sull'ostetricia in principio del XIX secolo in Olanda troviamo i seguenti giudizii:

« Con quanta alacrità gli ostetrici olandesi del principio di questo secolo attendevano al disimpegno delle loro mansioni ce lo dimostrano i molti e serii lavori pubblicati sull'ostetricia dalle diverse cliniche ostetriche universitarie olandesi, lavori che attestano la diligenza dei professori e degli allievi. Si distingue in questo l' Università di Groninga le cui dissertazioni di ostetricia sono il più insigne monumento che si innalzarono gli eccellenti maestri J. Baart de la Faille e del suo successore J. Bakker. »

Così l'Olanda mantiene la sua fama da tanto tempo acquistata di serietà nel campo della scienza, e gli specialisti olandesi dell' ostetricia si schierano degnamente con quelli ai quali sta veramente a cuore il progresso della scienza ostetrica.

Or dunque, commilitoni miei, dimostratevi degni dei vostri avi. Conservate ed alimentate il sacro fuoco della scienza, e mantenete al vostro paese il posto che si è conquistato nella storia della scienza!

RASSEGNA

MANZONI A. — **Di alcuni interventi laparotomici.** — *Gaz. Med. Lombarda,* Settembre 1897.

È un contributo di casuistica basata sopra 16 osservazioni esposte in *extenso* dall'A. Queste sono così suddivise: 3 isterectomie vaginali di cui due per carcinoma ed una per ovarosalpingite; 3 isterectomie sopravaginali con peduncolo all'esterno; 7 laparotomie per isvariate affezioni; 1 elitrotomia per ematocele retrouterino; 1 operazione d'ernia crurale della tuba in gravida al 5.° mese. Due delle isterectomie vaginali furono seguite da esito infausto per sepsi. Un altro caso di morte (schock) seguì in una isterectomia sopravaginale per fibroma col peduncolo all'esterno, come pure terminava per schock un'operata che dopo aver subìto felicemente una ovariectomia doppia per cisto-carcinoma ovarico bilaterale veniva operata circa due mesi dopo di gastro-enterostomia per carcinoma pilorico. Le altre operate guarirono. DECIO.

MARINESCO. — **Un caso di corea mortale in donna gravida.** — Soc. di Scienze med. di Bucharest, 3 Nov. 1897. *Ind. méd.,* 5 Genn. 1898, N. 1, p. 6.

Trattavasi di una donna entrata nelle sale dell'A. il 19 Maggio e morta il 13 Giugno, avendo presentati tutti i sintomi della corea volgare, senza che la malattia avesse però avuto il classico decorso. I movimenti disordinati si sono aggravati malgrado la cura. La donna era veramente in preda ad una follia muscolare, cui s'aggiungevano fenomeni inconsueti, quali la contrattilità dell'iride, aritmia cardiaca e febbre. Due o tre giorni prima della catastrofe era stato avvertito nel piccolo bacino un tumore che fu dapprima interpretato come la vescica distesa, ma che tosto si riconobbe per l'utero gravido di 3 o 4 mesi. La corea pare sia stata originata da una caduta da una scala. I movimenti disordinati furono ben presto seguiti da una paralisi, e la paziente soccombette in seguito ai fenomeni descritti da Charcot e consciuti col nome di *mal coreico.* I casi di corea gravidica sono rari e secondo gli autori inglesi ed americani il 30 ed anche il 40 0[0 soccombono fatalmente. L'A. colse l'occasione per fare l'esame del sistema nervoso: nelle cellule piramidali riscontrò le alterazioni descritte col nome di cromatolisi, e nella sostanza bianca rinvenne lesioni flogistiche. Crede che queste lesioni, le quali provocano i movimenti disordinati, debbano riferirsi all'auto-intossicazione gravidica. DECIO.

BIBLIOGRAFIA

E. DOYEN, G. ROUSSEL et A. MILLOT. — **Technique chirurgicale.** — Paris, Masson, 1897.

È questo un nuovo trattato di chirurgia generale e speciale pubblicato da Doyen e dai suoi allievi e che riflette i concetti operativi della scuola di Reims. Dei due volumi promessi fu solo pubblicato il primo. Ed è appunto in esso che larga parte ha la chirurgia ginecologica. Il libro che con grande profitto, per la genialità e per le risorse operative che tutti riconoscono caratteristiche del prof. Doyen, sarà studiato dai ginecologi e dagli operatori italiani, è diviso in due parti.

Nella prima vengono discussi gli argomenti relativi alla pratica chirurgica generale, nella seconda sono descritte le speciali operazioni, comprese quelle che si eseguono sui genitali femminili. In una introduzione molto accurata espone il Doyen le proprie idee sull'esagerazione dell'emostasi preventiva praticata dai più e sulla influenza che la durata di alcune operazioni specialmente addominali ha nel risultato finale.

Dopo di aver esposto l'A. in tutti i suoi dettagli il modo col quale deve essere oggidì organizzata una clinica operativa, dopo di aver accennato ai limiti dell'antisepsi e dell'asepsi, alle cure anti e post-operative di pratica comune, si estende nella storia della emostasi e del morcellement cui il nome suo è legato.

Della parte speciale pubblicata, che riflette le operazioni ginecologiche, alcuni capitoli sono interessanti e tanto più in quanto è noto che il Doyen tra i laparotomisti fu ed è quegli che pratica la isterectomia totale addominale con un metodo speciale, caratteristiche del quale sono l'abolita emostasi preventiva, la rapidità d'esecuzione ed il tecnicismo ben definito. Dico questo perchè, ad es., nel parlare della colpotomia posteriore si mostra partigiano dichiarato di tale atto operativo a scopo diagnostico permettendo esso, scrive, tanto bene quanto la laparotomia, ed anche meglio di questa, la esplorazione del Douglas e la rapida ricerca delle lesioni pelviche.

Fatta la colpotomia, continua, a scopo diagnostico da questa via si interviene chirurgicamente o per procedere all'ablazione unilaterale degli annessi anche se voluminosi, facile dalla via vaginale quanto dalla soprapubica, o per esportare l'utero, le tube e le ovaia quando la forma è bilaterale. Anche il Doyen protesta contro la pratica esagerata del raschiamento uterino ed espone alcuni casi in cui, appunto come ad altri accadde, si ebbe, come risultato, una grave stenosi del canale cervicale.

A proposito dell'isterectomia vaginale ricorderò la posizione che il Doyen consiglia ed usa allo scopo di mantenere l'asse della vagina in direzione orizzontale e di facilitare così le manualità operative. Mette egli la paziente cogli arti inferiori fortemente abdotti e rialzati non essendo flesse le gambe sulle coscie nè le coscie sull'addome. Al letto operativo usato a Reims sono uniti appunto dei semicanali che servono a mantenere l'operanda in questa posizione.

Parlando del tecnicismo speciale da lui seguito nell'isterectomia vaginale, ripete in gran parte il procedimento già esposto a Bruxelles dell'emisezione mediana

anteriore del collo e del corpo dell'utero che dal Doyen prende nome. Preferisce egli le pinze a dimora non però in modo assoluto, praticando le legature quando i legamenti larghi non sono stirati, quando gli annessi si possono con facilità trascinare all'infuori, quando i legamenti uterini possono essere di molto ridotti avendo spinto assai in alto nello sbrigliamento laterale, dopo l'apertura dei fornici corrispondenti, col dito la parte inferiore del legamento largo. Crede egli che l'inconveniente capitale dell'uso delle legature anche disposte a piani sia quello di permettere ai peduncoli tubo-ovarici liberi di risalire nella cavità peritoneale e di trascinare dalla vagina, anche se incisi col termocauterio, dei germi settici in alto.

Colla forcipressura a lui bastano nei casi ordinarî, 4 pinze, 2 per lato. Le pinze più grandi vengono levate dopo 48 ore; le piccole nelle 6-10 ore successive in quanto, egli scrive, le difficoltà che si incontrano qualche volta nel togliere quest'ultime sono maggiori.

Dal punto di vista tecnico distingue nell'isterectomia per annessiti quella praticata nei casi in cui le aderenze mancano e gli organi genitali non sono sensibilmente aumentati di volume da quella praticata nei casi di salpingi voluminose, aderenti, suppurate. Egli dà per l'isterectomia vaginale una mortalità del 6. 10 0[0 nei casi di cancro, del 4. 6 0[0 nei casi di fibromi, del 2. 3 0[0 nelle annessiti e mette in relazione la minima mortalità in quest'ultime colla presenza di aderenze antiche che facilitano la rapida chiusura del peritoneo pelvico.

Una pratica tutta recente studiata dal Doyen merita qualche parola: l'uso della pinza a pressione progressiva per fare l'*écrasement* del legamento largo. Questa pinza speciale, della quale il Doyen ci presenta due disegni, per uno speciale congegno a leva lamina i tessuti del legamento largo ed assicura l'emostasi.

Lo sforzo che si può esercitare all'estremità dei morsi della pinza può raggiungere gradi notevoli (600, 800, 1000 Kgm.). La leva viene ad agire solo al momento voluto. La laminatura del legamento largo dalla vagina riesce facile dal basso in alto o dall'alto in basso. L'*écrasement* si può fare durante o verso la fine dell'operazione. Con ciò non solo si previene qualsiasi emorragia, ma si ottiene una più rapida e facile cicatrizzazione e una altrettanto facile e rapida eliminazione dei peduncoli straordinariamente sottili, sottili quanto un foglio di carta. Io credo che alla laminatura del legamento largo praticata nelle isterectomie, laminatura alla quale da anni aveva pensato indipendentemente dalla esperienza del Doyen un mio amico, il dott. Merletti in Italia, il quale fu dalla scuola francese prevenuto nella pubblicazione di questa idea, sarà riservato un grande avvenire.

Il solo pericolo cui si va incontro quando si lamina il legamento largo si è di sezionarlo interamente. I morsi dello istrumento non devono venire messi completamente in contatto ad impedire un'emorragia immediata.

Nella cura chirurgica delle annessiti coll'isterectomia riconosce, contrariamente alla scuola dei Landau, la priorità del Leopold.

Il Doyen pratica, come ho detto, preferibilmente le operazioni, quando possibili, vaginali. Usa della laparotomia solo nei casi, per limitarci alle annessiti, in cui le salpingi sono enormemente distese e raggiungono o sorpassano il livello del bellico e sono distintamente aderenti. In tali casi intervenendo dall'alto, crede, d'accordo in ciò col Pozzi, pericolosa o dannosa la posizione di Trendelenburg. La esportazione, in simili circostanze, non solo degli annessi ma anche dell'utero pensa, il Doyen, debba essere un atto operativo di eccezione, opponendosi a ciò il principio regolatore di tutte le laparotomie: la riparazione cioè integrale delle lacerazioni del peritoneo parietale.

Il procedimento di Doyen nell'isterectomia totale addominale, per decorticazione sottosierosa del segmento inferiore dell'utero, da lui usato per la prima volta il 21 Settembre 1891 e successivamente applicato ad un caso di grave suppurazione pelvica fu dall'autore stesso modificato nell'Aprile 1894. Il favore che questo processo ottenne in Russia, nella Spagna, nel Portogallo, in Germania ed in Inghilterra, le memorie di Snéguireff e Goubaroff, di Fargas e Cardenal, di Bordallo, di Taylor, di Edge, di Reclus e di Nélaton meritano che brevemente si riproduca il tecnicismo operativo di esso.

In un primo tempo si incidono le pareti dell'addome, si isola e si solleva il tumore all'infuori dell' addome sopra il pube. In un secondo tempo si estirpa l' utero e si fa l'emostasi dei suoi attacchi pelvici. La estirpazione della matrice deve essere praticata assai rapidamente, senza emostasi preventiva. Una lunga pinza curva introdotta in vagina è spinta da un assistente allo indietro della portio perchè faccia prominenza nel cul di sacco posteriore peritoneale.

Applicato un punto in seta a 1 cm. circa al disotto e all' indietro del luogo in cui si praticherà la incisione vaginale, filo che sarà prezioso alla fine dell'atto operativo per attirare in alto il labbro posteriore della ferita peritoneale e per facilitare la chiusura della vagina, si incidono il peritoneo in direzione sagittale e la vagina. Ingrandita questa ferita, attraverso ad essa si introduce in vagina l' indice di destra e si afferra con una pinza speciale la portio, che così viene trascinata nella cavità del peritoneo. Colle forbici o col bistorì si libera il collo, mantenendo il tagliente in contatto col tessuto uterino, dai suoi attacchi laterali. Inciso successivamente il cul di sacco vaginale anteriore colle forbici, facendo trazioni ancor più energiche sulla portio coll'indice di destra, si separa la vescica. L'utero è solo unito allora lateralmente. Si isola dal lato di destra, mentre il legamento largo da questo lato è afferrato dalle dita di un assistente. Poscia inclinando il viscere quasi isolato a sinistra, si snuclea da questo lato dal suo inviluppo sieroso, dalle sue connessioni col legamento largo di sinistra. Mentre il tumore, sezionata anche la parte superiore del legamento largo di sinistra, viene ad essere liberato in modo completo, l'operatore afferra tra le sue dita il legamento largo di sinistra e procede all' emostasi. Quando il caso è favorevole, pochissimo sangue si ha al momento dell' estrazione dell' utero, in quanto la sezione avviene sul tessuto uterino, sulle branche quindi di derivazione non sul tronco delle uterine. Praticata l' emostasi si esportano anche gli annessi quando non siano stati levati in precedenza. Attirati in vagina i capi dei fili che legano i peduncoli tubo-ovarici dalla pinza curva, che già come si è visto ha servito, assicurati ancora dell'emostasi, si procede alla chiusura della vagina e poi al terzo tempo, alla chiusura cioè del peritoneo pelvico a borsa di tabacco, comprendendo nella sutura pure il peritoneo dei peduncoli. Anche tutte le soluzioni di continuo sierose dovranno essere accuratamente riparate. Nel quarto ed ultimo tempo si sutura l'addome.

Il Doyen chiama l'isterectomia totale addominale fatto col suo metodo un'operazione benigna quanto un'ovariotomia. Essa dà buon risultato nel 92-96 0[0 dei casi.

Alla pubblicazione, ricca anche dal lato tipografico, vanno unite numerose figure e tavole. È questa, riassumendo, un' opera che onora la chirurgia e la ginecologia francese. PATELLANI.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Maggio 1898. Num. 5.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI
EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 JUN 98
LIBRARY

R. Istituto di Clinica ostetrico-ginecologica e Maternità di Palermo
Direttore Prof. GIUSEPPE CHIARLEONI

12 casi di ematocele pelvico intraperitoneale da aborto tubarico e tubo-ovarico

CONTRIBUTO SULL'EZIOLOGIA E SULLA CURA DELLE GRAVIDANZE ECTOPICHE

ESPERIMENTI ED OSSERVAZIONI SULLA MEMBRANA EMATOCELICA

PEL
Dott. GIUSEPPE GIGLIO
Assistente onorario, libero docente e Consulente ostetrico Municipale

I casi di gravidanza ectopica, terminati in aborto con ematocele pelvico, che io aggiungo alla letteratura, già molto ricca, per la loro speciale importanza, mi hanno offerto la propizia occasione di rivolgere un nuovo sguardo all'eziologia della gravidanza extrauterina, ancora non bene assodata, di studiare la formazione e la funzione della membrana avvolgente l'ematocele negli aborti, e di apprezzare l'importanza semiotica dell'ematocele stesso.

Nelle storie cliniche e nello studio dei vari casi troveremo le ragioni sufficienti per risolvere i quesiti, che noi, volendo circoscrivere l'argomento, abbiamo qui appresso formulato, allo scopo di dibattere le questioni ancora insolute.

Noi vogliamo sapere quattro cose:

1.° *Il momento etiologico della gravidanza ectopica è riposto nella accidentalità d'incontro delle due cellule primitive (spermatozoe, ovulo), o nelle alterazioni preesistenti negli annessi uterini?*

2.° *L'ematocele pelvico, intraperitoneale, legato costantemente all'aborto tubarico, può elevarsi a sintoma patognomonico della gravidanza tubarica, tubo-ovarica, ecc., seguita da aborto?*

3.° *La membrana, che avvolge ed assorbe la raccolta sanguigna, come si forma, come funziona?*

4.° *Si possono dettare leggi costanti circa la cura?*

Intanto cominciamo dal passare a rassegna le storie:

1.° Caso. — *Sangiovanni Filippa,* di anni 26, da Palermo, di professione casalinga, faceva la sua entrata in Clinica il 27 Aprile 1895, per *Ematocele pelvico intraperitoneale da probabile aborto tubarico.*

Essa fu donna a 15 anni, nulla è degno di rimarco dalla sua infanzia alla pubertà, e nulla di speciale è a segnare dalla pubertà all' epoca del matrimonio (1890). Allora raggiungeva già i 21 anni e divenuta gravida subito dopo, non vi rimaneva che soli 3 mesi, avendo deposto il prodotto, per aborto sopravvenuto in seguito ad uno sforzo fatto.

Dopo 6 mesi fu gravida da capo per portare questa volta a termine un feto sano e vivo. I due puerperi non arrecarono disturbi alla donna. Essa lasciò presto il letto in buone condizioni di salute.

Negli ultimi giorni di Gennaio 1895, ricevette l' ultima regolare mestruazione; nel Marzo susseguente era già amenorroica e soffriva per fenomeni simpatici della gravidanza.

Nei primi giorni di Aprile (1895), ebbe comparsa di scolo sanguigno e dopo 24 ore fieri dolori all' utero e trafitture insopportabili all' ipogastrio ed ai lombi. Cedette il forte dolore all' utero ed ai lombi coll' emissione di una massa *carnosa,* priva di embrione, che la levatrice dichiarò aborto, e rimase continua e tollerabile la sofferenza all' ipogastrio, però si aggiunse la rapida tumefazione del ventre, più manifesta alla regione soprapubica e la febbre preceduta da brividi.

L'Esame obbiettivo ha rilevato:

Utero, con *portio* portata in avanti, dietro il pube. Corpo dell' utero immobile, malamente circoscrivibile attraverso il fornice e la parete addominale per una massa elastica fluttuante, che riempie completamente il Douglas e sale quasi all'ombellico. Ha contorno laterale poco netto, superiormente è convesso. Dalla bocca uterina geme poco muco tinto di sangue.

La cavità uterina, vuota, misura cm. 7,75. Una puntura esplorativa, fatta attraverso il fornice posteriore, ricavò poco sangue nerastro con qualche frammento di grumo.

Confermata la diagnosi fatta all' immissione della donna si passò alla *Laparotomia.*

Operazione 23 Aprile 1895, ore 12 1[2. — Aperta la cavità addominale sotto il sonno cloroformico, si cade sopra una massa cistica fittamente aderente al peritoneo parietale, meno in un punto, all'angolo superiore della ferita; si apre la cisti, e svuotata da una grande quantità di sangue aggrumato, o denso in masse più o meno voluminose, si va alla ricerca della tromba lacerata, e si trova quella di destra rotta per circa metà nel senso della lunghezza, e compresa nella cisti sanguigna esportata. Nella esplorazione e pulizia della pelvi piccola, si riscontrò e si ruppe altra cisti sanguigna, che conteneva liquido color caffè.

L'addome fu chiuso, lasciandovi pescare un drenaggio.

Andamento post-operatorio. — È rimasta in cura 52 giorni. La elevazione termica maggiore fu di C.i 38. 8 e per qualche giorno semplicemente. Nei primi giorni la pelle e la sclera si coprirono d'una intensa tinta itterica, che si dileguò spontaneamente in seguito. Emissione di gas intestinali in 3.ª giornata, evacuazioni, dietro somministrazione di solfato di soda, in 4.ª giornata.

Adesione per prima della ferita addominale. Si toglie il drenaggio di gomma in 7.ª giornata, e si sostituisce quello di garza jodoformica. Giornalmente si lava il cavo con acqua sterile e si deterge con batuffoli. Mai suppurazione. Guarigione completa. Fu dimessa portante ancora un seno fistoloso di 5 cm., dal quale gemeva poco liquido brunastro e di cui guarì dopo altre medicature, fatte ambulatoriamente. L'utero rimase inclavato da masse iperplastiche. Riveduta il 2 Ottobre dello stesso anno era completamente guarita, rifatta nel generale, l'utero si era in parte liberato dalle masse, ancora però poco mobile.

Esame del pezzo anatomico. — Il pezzo è costituito solamente da una porzione di tromba, alquanto ingrossata, il cui lume è molto dilargato. Là dove la tromba presenta la lacerazione, si trova un tessuto simile a placenta, circondato da sangue stratificato. Dalla sezione trasversale della tromba si vede lo spessore esagerato, acquistato dalla mucosa della salpinge.

Osservazioni al microscopio. — Alcuni tagli sul padiglione lasciano scorgere le fimbrie saldate tra di loro, l'epitelio delle quali è devastato in parecchi punti. Del connettivo è concresciuto in mezzo a loro, per modo che restano qua e colà delle cavità chiuse, rivestite di epitelio, simili a glandule. In parecchie di esse si contiene sangue o detriti.

In un taglio comprendente porzione di salpinge col padiglione e parte dello ematoma si trova il tessuto muscolare atrofico, circondato da connettivo e da zone di elementi linfoidi. Dappertutto si vedono vasi neoformati e tratti di tessuto degenerato. Alcuni dei grossi vasi sono in preda ad infiammazione. Alcune fimbrie del padiglione si conservano ancora in perfetto stato.

Il tessuto appartenente all'ematoma è di natura evidentemente placentare. Esso a tratti si presenta reticolato, formato di connettivo lasso, nelle cui maglie si trova del sangue, con cumuli di cellule linfoidi. In qualche punto del preparato si vedono elementi simili a cellule deciduali, disposti regolarmente da formare un tessuto normale. Sono sparsi in questi tagli dei frammenti di villi degenerati, nei quali è talvolta visibile lo strato di Langhans; il parenchima di essi è divenuto già fibroso. Se coi tagli ci accostiamo alla parte lacerata della tromba, troviamo la parete muscolare molto ispessita per sviluppo di connettivo, e la mucosa molto iperplastica, con emorragie interstiziali, stasi vasale, vasi infiammati, il cui lume si è molto ristretto, e taluni di essi trom-

bizzati completamente. I tagli fatti direttamente sull'uovo dimostrano la presenza del tessuto placentare con villi degenerati e del tessuto deciduale.

È degno di nota un fatto nei preparati della salpinge, che là, dove è sorto del connettivo, qua e colà si trovano tratti di tessuto o gruppi di cellule colorate molto vivamente, che vanno modificandosi per discostarsi dal carattere comune. Prendono esse lo stesso splendore e vivacità della cellula deciduale giovane. Nella porzione interna della tromba non esistevano alterazioni importanti.

2.° Caso. — *Fantaci Maria,* di anni 27, di professione casalinga, maritata, era ammessa in Clinica il 31 Maggio 1895, per *Ematocele retrouterino da gravidanza extrauterina sinistra, con esito in aborto con rottura tubarica.*

Nelle epoche dell'infanzia, dell'adolescenza e della pubertà, nulla offre a registrare. Mestruata la prima volta a 15 anni, fu bene regolata fino a quando venne a cercare gli aiuti medici. Sofferse due attacchi di polmonite a 20 ed a 29 anni, ma non le procurarono conseguenze. Ebbe un primo figlio dopo un anno di matrimonio, ed un secondo al terzo anno, senza che il suo stato normale di salute fosse stato menomamente alterato. Continuò a star bene fino al 10 Febbraio 1895, quando si ebbe l'ultima ricorrenza mestruale. D'allora si fecero notare i primi fenomeni simpatici di gravidanza, e al 19 Marzo, presa da forti dolori in corrispondenza della fossa iliaca sinistra e della regione soprapubica, vide apparire abbondante perdita rossa dai genitali, la quale giornalmente inzuppando da 10 a 20 panni, si è prolungata fino al suo ingresso in Clinica. La perdita ha preso talvolta carattere emorragico, essendo commista a grumi.

Le crisi dolorose, che si sono ripetute più volte, hanno assunto aspetto di gravità. L'addome in questo frattempo è cresciuto di volume, ma non ha preso mai proporzioni notevoli.

Esame obbiettivo. — Stato di nutrizione generale discreta; organi del torace e dell'addome sani. Nelle regioni iliache ed ipogastrica la palpazione profonda è dolorosa e volendo spingersi in fondo alla pelvi, si raccoglie la sensazione d'una forte resistenza. Alla esplorazione bimanuale si trova l'utero raddrizzato e spinto contro l'arco pelvico anteriore da una massa, che lo circonda e lo sovrasta di dietro, riempiendo la cavità del Douglas.

Essa non ha limiti determinati, risale verso la grande pelvi da una parte, contrae rapporti di contiguità col corpo dell'utero, pur permettendo a questo una certa mobilità sull'ipocondrio, si estende a destra ed a sinistra di esso, coinvolgendo gli annessi di questo lato, per formare unica massa.

Confermata la diagnosi per la quale fu introdotta la donna, non

esistendo un grande stravaso, venute a mancare le crisi dolorose e le perdite di sangue, si eseguì un trattamento curativo esclusivamente medico.

La cura consistette nell'applicazione continua di compresse calde sul ventre, nell'uso delle irrigazioni calde per vagina e dell'applicazione dello zaffo vaginale all'ittiolo.

Dopo 15 giorni la donna era guarita. Rimaneva soltanto l'utero inclavato in mezzo a reliquati essudativi, che impigliavano anche la tromba. Continuata la cura ambulatoriamente, dopo 2 mesi l'inferma non ebbe più bisogno di aiuti.

3.° Caso. — *Mennuta Concetta,* di anni 37, coniugata, casalinga, fu introdotta il 5 Giugno 1895, colla diagnosi di: *Ematocele retrouterino per rottura della tromba gravida di destra.*

Sui precedenti dell'inferma stava annotato un contagio blenorragico, contratto subito che andò a marito, cioè all'età di 28 anni. Dopo ebbe 8 gravidanze a termine con parti e puerperi fisiologici e due gravidanze abortive a due mesi circa, interpolate, che non lasciarono conseguenze. Fu mestruata regolarmente per l'ultima volta nel mese di Maggio del 1895; 16 giorni dopo fu assalita da un violento dolore al quadrante inferiore destro dell'addome e d'allora scolo di sangue dai genitali. Non ha sofferto febbre.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali della donna soddisfacenti. Utero leggermente aumentato di volume, di consistenza poco più pastosa del normale, ricacciato contro l'arco pelvico anteriore. Portio rammollita. Tutto l'organo è dotato di poca mobilità dall'avanti all'indietro e dietro di esso, nel Douglas si apprezza una massa di consistenza pastosa elastica, che grava sul fornice posteriore, modificandone la curvatura e che si continua lateralmente a destra. Fa seguito a questa massa un corpo irregolare allungato, in dipendenza del corno destro dell'utero, che si valuta per la tromba destra, e su tutta la massa e verso l'esterno, fa sporgenza un corpo duro, ovoidale, della grossezza d'un uovo di piccione. Evvi poca dolorabilità.

Alla diagnosi precedente si aggiunge *il versamento sanguigno intraligamentario.*

Intervento laparotomico, il giorno 8 Giugno 95. — Aperta la cavità addominale, ed introdotte due dita, si rompe la cisti ematica, che limita il versamento intraperitoneale e si vuota una discreta quantità di sangue aggrumato e liquido di colore piceo. Rintracciata la tromba destra si trova contornata di grumi, i quali erano penetrati anche tra le lamine del ligamento largo, assottigliandole in modo da renderle trasparenti. La rottura della tromba si era avverata al suo terzo esterno e precisamente nella faccia postero-superiore. Allacciata la tromba in vicinanza della sua estremità interna, fu esportata. Procedendo alla pulitura

della cavità addomino-pelvica, si rinvenne nel Douglas un corpo, che ha somiglianza coll' uovo alterato. Si chiuse l' addome senza drenare.

Andamento post-operativo. — La curva termica non segnò mai una temperatura superiore ai 37° C. Il polso e il respiro procedettero in consonanza alla temperatura. Non si ebbe vomito. Emise le urine spontaneamente lo stesso giorno, ed evacuò l'alvo in 3.ª giornata coll'aiuto della soda. In 9.ª giornata, tolti i punti di sutura, si constatò guarigione per prima. Lasciò la Clinica guarita completamente e fornita della ventriera alla Martin, il 27 Giugno 1895.

Esame del pezzo anatomico (v. Fig. I). — Il pezzo anatomico è formato da una porzione di tromba, compreso il padiglione, dall' ovaio e dal legamento largo dello stesso lato.

La salpinge non ha subìto molte alterazioni. La parete è un po' ispessita, il lume è ristretto, ma lascia passare un sottile specillo. Il padiglione svasato ad imbuto, il quale viene ingrandito tutto intorno da una membrana spessa, derivata da tessuti d' infiammazione. In questo imbuto si contiene un sacchetto dell' aspetto di membrana deciduale ed un corpicciolo, della grossezza d' una noce, che ha l' aspetto di grumo, e che inciso si riconosce formato di tessuto simile a placenta alterata con deposito di fibrina. L'ovaio non è molto alterato, è però alquanto più grosso del normale e spostato da aderenze. Nel suo spaccato si vedono diversi corpi lutei ed uno di recente data.

Il legamento largo è molto ispessito, vascolarizzato ed infiltrato di sangue.

Osservazioni al microscopio. — I tagli fatti sulla tromba in vicinanza del padiglione (Fig. X), mostrano la completa pervietà del lume; e da questo punto andando verso lo sbocco uterino, il canale è sempre pervio. L' epitelio che riveste le pliche mucose è discretamente conservato. Queste sono libere e fluttuanti nel canale. Gli strati muscolari hanno subìto qualche leggera modifica; non si colorano abbastanza bene. In mezzo ai fasci muscolari si notano zone d' infiltrazione parvicellulare, e neoformazione connettivale giovane. I vasi che decorrono sulla parete della salpinge, hanno subìto l' influenza d' un processo infiammatorio recente, sono circondati da numerose cellule linfoidi, e l' endotelio si presenta qua e là distaccato dalla muscolare. Le pareti qualche volta sono ispessite, e il lume anche rimpicciolito; l' intima è ricca di nuclei. Del pigmento ematico è sparso qua e colà ed intorno ai vasi stessi. La sierosa della salpinge è alterata, imbibita di sangue, infiammata. I tagli sul legamento largo mettono sott' occhio lo stato infiammatorio, grave dei suoi tessuti, grande sviluppo di connettivo, larghe zone di infiltrazione parvicellulare, emorragie che dissociano i fasci muscolari e connettivali, infiltrazione ematica.

I tagli sul padiglione mettono in evidenza le alterazioni gravi che ha subìto quest'organo, che servì di ricettacolo all' uovo, formando colla

saldatura delle fimbrie tra di loro un vero imbuto a pareti lisce. L'epitelio intanto delle fimbrie non è alterato, resta circondato dagli stessi essudati che impigliano le fimbrie e si vede netto e bene colorato. In mezzo a questi tessuti sono sparse delle emorragie di età differenti.

La membrana, spessa, che ricopre la superficie interna dell'imbuto, è talmente degenerata, che non lascia vederne la tessitura; si colora male ed uniformemente, tranne di elementi connettivali sparsi qua e là, non si vede altro. L'elemento deciduale non è visibile. Il corpo contenuto nell'imbuto, che sezionato ha tutta l'apparenza di tessuto placentare, conferma la sua natura al microscopio, per la presenza di tratti di tessuto villoso alterato, in mezzo ad emorragie ed a tessuto connettinale di nuova formazione.

4.° Caso. — *Trapani Pietra*, di anni 22, maritata, casalinga, fu ricevuta in Clinica il giorno 17 Luglio 1895, per *Ematocele retrouterino da rottura della tromba destra gravida. Versamento libero intraperitoneale.*

Essa di buona salute, che aveva superato 4 gravidanze con buoni parti e puerperi, al 25 Giugno del 1895 si vide minacciata di aborto, dopo due mancanze mestruali. A capo di due giorni di perdita di sangue, poco abbondante, emise due membrane spesse della lunghezza di 12-15 cm., irregolari nella superficie, che avvisò per secondina d'un aborto avvenuto. Intorno a questa emissione la perdita si aumentò e vennero in campo dolori fortissimi ai lombi ed alle fosse iliache, i quali, ora più ora meno, si sono ripetuti consecutivamente.

La donna sin dall'età di 15 anni, quando passò all'età pubere, è stata sempre dismenorroica.

Esame obbiettivo. — Segni evidenti di anemia. Utero di volume poco superiore al normale, spinto col collo contro l'arco pelvico anteriore, molto sensibile e poco mobile nel senso verticale semplicemente. Diminuita la consistenza del muso di tinca.

A destra dell'utero, per tutta la metà inferiore del quadrante inferiore, si limita una massa irregolarmente rotonda, che partendo dai lati dell'utero arriva fino a due dita trasverse della S. I. S. A. Essa è di consistenza duro-elastica. A sinistra invece gli annessi sono liberi. Tutto il Douglas è pieno d'una massa quasi fluttuante, che lo rende convesso in basso ed in avanti. Cola dai genitali scarso liquido sanguinolento.

L'utero raggiunge col suo fondo la zona media sottombellicale e col margine sinistro sorpassa di 3 cm. la linea mediana.

Confermata la diagnosi, constatati durante la degenza in Clinica l'aumento del versamento e la temperatura febbrile, si passò all'atto operativo.

Intervento laparotomico, 21 Agosto 96. — Aperta la cavità addominale, appena incisa la lamina peritoneale, viene fuori 50 gr. circa di liquido

siero sanguinolento. Una grossa cisti di aspetto violaceo a contenuto sanguigno, si può bene delimitare nella pelvi colle dita, la quale, appena si spinge la mano nel Douglas, si lacera dando esito a 400 gr. circa di sangue liquido, piceo, misto a grumi. In questo cavo nuota la tromba destra alquanto ingrossata con l'ovaio corrispondente, anch'esso molto aumentato di volume, e fusi insieme. I due organi col legamento largo, ispessito, infiltrato di sangue, costituiscono una massa del peso di 200 gr. circa. Esportati fra legature, insieme a piccoli tratti di epiploon aderenti, e staccate lievi aderenze del tenue e del mesenterio, dopo pulitura della cavità, si applica lo zaffo alla Mikulitz, e si chiude con sutura superficiale e profonda delle pareti addominali.

Il decorso post-operatorio fu ottimo. Nei primi tre giorni la temperatura fu sub-febbrile, quindi rientrò nei limiti normali. Lo zaffo fu rinnovato dopo 48 ore e tolto addirittura dopo pochi giorni. La donna andò guarita il 3 Agosto 1897.

Esame del pezzo anatomico. — Il pezzo anatomico è formato dalla tromba destra e dall'ovaio corrispondente, insieme a porzione di legamento largo (v. Fig. II).

La tromba è ripiegata ad arco e forma quasi la metà d'un ferro di cavallo, misura cm. 11, mentre la retta che unisce i due estremi misura cm. 7, le sue dimensioni sono alquanto aumentate, specialmente nella parte media ed esterna. Lo spessore delle pareti è di parecchi millimetri, ma il diametro del cilindro è cm. 2 in vicinanza del padiglione, verso la metà del tragitto è cm. 3, all'estremo uterino è 1[2 cm.

Presso alla metà della sua lunghezza, là dove la tromba è più ingrossata, e aderisce all'ovaia, anch'essa ingrossata di più del doppio, si trovano attaccati dei grumi, che scostati lasciano vedere la rottura della tromba, la esistenza d'un grosso grumo organizzato e la compenetrazione di questo coll'ovaio, donde tolto, rimane una cavità sanguinolenta. Il grumo, che ha tutte le apparenze d'un uovo trasfigurato, misura cm. 3 nel maggior diametro e cm. 2 nel minore. La mucosa della tromba è iperplastica, d'aspetto grigiastro, infiltrata di sangue, più alterata si trova nei 2[3 esterni. Il padiglione non guastato nella parte anatomica è però infiammato, grigiastro, imbibito di sangue, le sue fimbrie sono avviluppate da essudati organizzati. Lo stesso aspetto offrono il legamento largo, che è molto ispessito e la sierosa peritoneale, che riveste la salpinge. Quest'ultima non offre nessuna interruzione, finchè non si stacca l'ovaia dalla tromba.

Il lume della tromba mentre è vasto nei 2[3 esterni, s'impicciolisce verso l'estremo uterino, dove permette appena il passaggio d'uno specillo, però è pervio. Al sito dove si trova localizzato il grumo si è formata una loggia a pareti sottili; e qui le pliche della mucosa non sono più visibili; il grumo per la sua faccia postero-superiore ha formato leggiere aderenze colle pareti della salpinge.

Inciso il grumo in sito, si trova formato di strati concentrici di fibrina e di tessuto organizzato, indecifrabile. Al centro porta scavata una fossetta rivestita di pellicola grigiastra, finissima, simile a membrana amniotica, contenente liquido siero-sanguinolento. L' ovaio è grosso più del doppio del normale, è scavato nell' interno, ed infiltrato di sangue. Dalla parte che aderiva alla tromba offre una breccia, per la quale si penetra in una cavità anfrattuosa, rivestita in superficie di materiale sanguinolento, che si sgretola in parte, ma che rimane anche in parte compenetrato nel tessuto.

Ritenuto il grumo un uovo degenerato, non si sapeva dire ove esso avesse avuto il suo primo sviluppo. L'esame microscopico ha chiarito che il grumo era proprio un uovo e che esso sviluppatosi prima nell'ovaio, passò di poi a prendere alloggio nella tromba.

Osservazioni microscopiche. — I preparati fatti su tagli del padiglione mostrano alterazioni flogistiche di date più o meno recenti; emorragie interstiziali, infiltrazione linfoide. Le fimbrie impigliate in mezzo ad essudati organizzati, sono ancora rivestite di epitelio sano, e bene colorato; in qualche piccola parte soltanto questo è un poco pallido o desquamato.

Nella porzione di tromba vicina al padiglione l'epitelio della mucosa è conservato, sebbene una proliferazione giovane di connettivo è cominciata nel tessuto mucoso ed una ricca infiltrazione parvicellulare in questa e negli strati muscolari. I disturbi circolatori predominano, notandosi stasi vasali, ed incipienti alterazioni nelle tuniche. Nel tessuto muscolare campeggiano le emorragie interstiziali, che dissociano i fasci, e queste emorragie si spingono fin sulla sierosa. I tagli trasversali assicurano la pervietà del lume e le buone condizioni delle pliche mucose. I tagli praticati sulla porzione uterina della tromba lasciano vedere perfettamente pervio il lume ed altrettanto integro l' epitelio delle pliche mucose. Nello strato sieroso ed in quelli muscolari è anche qui evidente l' infiltrazione sanguigna.

I tagli fatti sulla porzione medio-esterna della tromba, che abbracciano la mola tubarica, o ematoma, che si voglia dire, mostrano dall'esterno all'interno, imbibizione ed infiltrazione di sangue in mezzo a tessuti pallidi, degenerati, emorragie estese sparse in mezzo a fibre muscolari, dissociate, rotte, sminuzzate ed a connettivo neoformato giovane, strati concentrici di fibrina organizzata ed organizzabile, sangue in parte conservato, detriti e frammenti di villi degenerati e fibrosi (Fig. VI).

I tagli praticati sull'ovaio in corrispondenza della frattura (Fig. XI) ancora più importanti dei primi, ci lasciarono vedere la porzione corticale ricca di cellule connettivali, infiltrata di sostanza colorante di sangue, il parenchima ovarico ricco di piccoli vasi, per lo più zaffati di sangue, e sparso di emorragie interstiziali; a limitare con questo tessuto una palizzata a più ordini di grosse cellule, simili a cellule deciduali,

cioè ricche di protoplasma granuloso trasparente, forniti di uno o più nuclei, ben colorate, a contorni netti, che in parte sono arrotondate, in parte anche allungate o fusiforme (Fig. XII). Tutte insieme simmetricamente disposte formano un eguale rivestimento della cavità notato nell'ovaia, il quale rivestimento nel taglio microscopico appare ondulato (Fig. XIII), come se prima fosse servita a rivestire una cavità più ampia. Nella cavità, che esso tessuto riveste, si contiene sangue, fibrina, detrito (1).

Questo tessuto è appoggiato sopra uno strato di base, formato di connettivo, che si modella alla stessa guisa.

La superficie libera di questo tessuto (deciduale), porta talvolta attaccato un tessuto reticolato con contenuto granuloso e con elementi cellulari imperfetti, simile al tessuto dei polipi placentari (sangue-fibrina).

Il concetto che si ricava dal pezzo anatomico è questo, che l'uovo fu fecondato nell'ovaio, che l'ovaio contrasse aderenze colla tromba e che laceratosi il tessuto ovarico, l'uovo fece breccia nel cavo della tromba, dove in gran parte si raccolse l'emorragia attorno all'uovo stesso.

I preparati microscopici chiaramente lo dimostrano, trovandosi solamente nell'ovaio quel tessuto di nuova formazione. Esso trova il riscontro perfetto in una figura dell'Atlante del Lombardini « Ricerche sulle placente » pubblicato nell'anno 1897 e raffigurante una sezione di utero gravido di cagna con rivestimento interno di tessuto deciduale. — Tavola 7.ª, fig. 49 del detto Atlante.

5.° Caso. — *Billanti Caterina*, di anni 40, maritata, casalinga, fu accolta nell'Istituto il 26 Marzo 1895, colla diagnosi di *Ematocele pelvico da aborto tubarico.*

Essa è stata affetta da malaria acuta parecchi anni addietro, che superò mediante cure adatte. Fu donna a 18 anni, ma rese sempre periodicamente il tributo mensile senza sofferenze. Sposò a 15 anni, ancora amenorroica. Ebbe il primo figlio a 20 anni ed il puerperio fu patologico. Dopo gli organi sessuali si mantennero silenziosi fino all'età di 40 anni, pur mestruando fisiologicamente e mai accennando a sofferenze. Un mese prima di venire alle cure della Clinica, cioè negli ultimi di Febbraio, si assentarono le abituali perdite mestruali, venendo in scena sconcerti e nausea pel cibo e dopo scolo di sangue dai genitali e dolori sopportabili ai quadranti inferiori del ventre. Non ha emesso membrane dall'utero, nè è stata sopraffatta da coliche imponenti. A casa sua non ha notato febbre.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali soddisfacenti. Utero di

---

(1) Per maggiori dettagli sul riguardo vedi comunicazione fatta da me stesso nella 2.ª seduta dell'Accademia Universitaria di Palermo, dal titolo « La gravidanza ovarica e l'origine della cellula deciduale. » (*Riforma Medica*, 1898, Febbraio).

grossezza poco più del normale, mobile nel senso verticale, raddrizzato, portato contro l'arco pelvico anteriore da una massa, che distende il Douglas, che fa convesso in basso il fornice. Questa massa a contorno superiore indefinito, appena lateralmente a destra dotata d'un certo grado di elasticità, è invece renitente e dolente e sensibile posteriormente ed a sinistra.

L'esame non ha potuto specificare meglio la diagnosi, per la quale fu introdotta l'inferma. Tenuta in osservazione alcuni giorni la donna si mantenne sempre apiretica, fu travagliata continuamente dai dolori pelvici, i quali anzi si accrebbero nei primi 7 giorni insieme alla massa, che si elevò a 5 cm. al disopra del pube, riempiendo buona parte delle fosse iliache. Lo stato meteoristico dell'addome non permise nel primo tempo alcuna pressione o palpazione profonda. Le trafitture al retto ed all'utero complicavano il quadro delle sofferenze. Prima di passare a qualunque intervento chirurgico, si volle tentare la cura medica, consistente nell'applicazione permanente delle compresse caldissime, nell'irrigazioni vaginali calde e nell'uso dell'ittiolo per vagina.

Dopo 9 giorni le sofferenze erano scomparse. Cessate le perdite, riassorbito il versamento sanguigno, non si notava più che una massa dura a destra e all'indietro dell'utero, che doveva essere la tromba abortita e circondata da essudati.

Tale era lo stato della donna quando lasciò volontariamente la Clinica, nè è più ritornata.

6.° Caso. — *Sulli Angela,* di anni 42, maritata, casalinga, fu accettata il 15 Aprile 1895, colla diagnosi di *Ematocele retrouterino.*

Dai precedenti risultava che la donna menstruò tardi, a 20 anni, fu affetta da nefrite acuta e guarita dopo un mese, a 34 anni andò a marito, e dopo un anno restò gravida, portando a termine un feto vivo e sano; dopo 2 anni (a 37 anni), ebbe un aborto, dietro due mancanze mestruali, e perdite prolungate per più di 40 giorni, con febbre, tumefazione addominale, dolori pelvici. Rimase dal Dicembre 1894 in poi una leggera tumefazione all'ipogastrio. Il 2 Marzo 1895, cioè dopo 5 anni dell'aborto, durante il quale intervallo godette buona salute e rese puntualmente il suo tributo, precipitando dalle scale, vide comparire una mestruazione abbondante, trovandosi questa già in ritardo di pochi giorni. Questa perdita si prolungò fino al 6 Aprile ed era sempre accompagnata da dolori insopportabili, trafiggenti i genitali, e propagantesi al pube e agli inguini. La febbre preceduta da brividi, rimettente con sudore, si mantenne compagna ai dolori, e nausee e vomito si facevano più insistenti nei periodi di piressia.

A questa sindrome corrispondeva il seguente

Esame obbiettivo. — Condizioni generali deperite, pallore accentuato delle mucose. Utero raddrizzato spinto di contro l'arco pelvico anteriore.

Il fondo si eleva 3 cm. sul pube; è pressochè immobile nel senso verticale e lateralmente, è circondato indietro ed ai lati da una massa fluttuante, che si eleva fino alla cicatrice ombellicale e che presenta dei contorni delimitabili, ma non bene definiti. Il fornice posteriore è reso convesso in basso da detta massa ed offre un senso di elasticità simile a fluttuazione. Dall'utero geme sangue. Una puntura esplorativa fatta attraverso il fornice conferma la diagnosi di ematocele. Il concetto d'un aborto tubarico non è ugualmente chiaro; si sta qualche giorno in aspettativa prima di passare alla cura chirurgica, durante la quale si vede riassorbire rapidamente la massa liquida e scomparire tutte le sofferenze. Il caldo sul ventre e le irrigazioni vaginali calde completarono la guarigione.

7.° Caso. — *Ballotta Mattea,* di anni 33, di mestiere stiratrice, maritata, entrò in Clinica il 15 Febbraio 1896, colla diagnosi di *Ematocele periuterino da aborto tubarico destro.*

Al 15 Gennaio 1896, dopo una sola mancanza mestruale, fu assalita da perdite sanguigne abbondantissime dai genitali, accompagnate da dolori vivi al basso ventre ed ai lombi. I dolori dopo si son fatti intermittenti e la metrorragia si è mutata in uno scolo sanguinolento giornaliero. Non ha notato alcuna emissione di membrane, nè di prodotto abortivo.

Mestruata sempre fisiologicamente sin dalla età di 15 anni, godette sempre buona salute, ha posseduto due mariti senza lamentare mali specifici. Ebbe due soli figli nei primi 9 anni di matrimonio, con 8 anni d'intervallo, quindi tornò al riposo, e dopo il secondo figlio accusò lieve perdita leucorroica e stipsi intestinale.

Esame obbiettivo. — Donna sana sotto il rapporto degli organi toraco-addominali. Gli organi pelvici offrono a considerare, che una massa di consistenza elastica, con punti netti di fluttuazione circonda l'utero, spostando il corpo verso la concavità sacrale e a sinistra e il collo contro l'arco pelvico anteriore. L'utero è immobilizzato in questa posizione e la massa che si sente attraverso il fornice posteriore e che lo appiana considerevolmente, si eleva poi all'addome fino alla 2.ª zona sottoombellicale, occupando i due quadranti inferiori. Attraverso il fornice vaginale destro si isola un corpo duro, irregolare, dolente, che fa capo all'utero.

Trovata nell'esame minuzioso la conferma della prima diagnosi, si passa all'*intervento chirurgico per laparotomia mediana* il 22 Febbraio 1896.

Aperta la cavità addominale, s'incontra per primo un corpo arrotondito, che sorpassa di 5 cm. il pube. Gli stanno intorno e all'indietro la massa del tenue, di cui un'ansa gli contrae aderenza, l'epiploon infiammato e scuriccio, e dense membrane fibrose, che tutte insieme

formano una specie di tettoia separante la pelvi dalla cavità addominale. Scollando e rompendo alcune aderenze si scende nella pelvi dando esito a molto sangue piceo e grumi. Penetrando nel Douglas, si riscontra il fondo dell' utero ed a destra di esso la salpinge destra, ingrossata con un corpo pendente dall'estremo padiglione, dell'apparenza d' un grosso grumo, organizzato. La tromba ha contratto dalla faccia superiore lievi aderenze col tenue che si distaccano, e coll'epiploon, molto ispessito, che viene reciso fra legature. Liberata la tromba dagli oggetti vicini, viene recisa in mezzo a ligature. Assicurata l'emostasi, si chiude, lasciando uno zaffo alla Mikulicz.

La donna è morta il 24 Febbraio 96, e l'*autopsia* ha repertato questi fatti: peritoneo ispessito da infiammazione lenta pregressa, anse intestinali distese di gas, leggermente iperemiche, con sierosa liscia e lucente; alcune di esse, più profonde, che circondano la sacca vuotata, dove risiede ora lo zaffo, sono aderenti, ma pervie. In fondo alla piccola pelvi poco liquido siero-sanguinolento. L' epiploon ritiratosi in alto al disopra delle anse è di colorito verdastro scuro, e nericcio in parte, che si spappula facilmente; non ha aderenze. Tutti gli altri organi sono normali. *Epicrisi. Necrosi dell'omento. Peritonite adesiva antica.*

Esame del pezzo anatomico esportato. — Risulta formato di due terzi circa della tromba con un corpo attaccato e pendente dall'ostio addominale. Questo corpo è grosso poco più d' un uovo di piccione ed ha l' apparenza d'un grumo abbastanza solido. Inciso a tutto spessore, risulta di strati concentrici di fibrina e tessuto organizzato, e d' una cavità rivestita d' una sottile membranella grigiastra, contenente liquido siero-sanguinolento. Il padiglione, che ricettava il corpo estraneo, è foggiato ad imbuto, dilargato, ispessito, circondato di essudati, che coinvolgono le fimbrie, ingrandendone così la cavità. Insieme al corpo descritto vi ha una membrana spessa avvolgente. Il resto della tromba è nerastra, ipertrofica, dura; il suo calibro va crescendo dal padiglione verso l'estremo uterino; il punto più ristretto è vicino al padiglione. Tra i 2[3 interni della tromba e il padiglione vi ha una porzione ectasica di salpinge, dove la parete è lacerata, e quivi i tessuti sono molto alterati.

Il concetto che dà il pezzo anatomico è questo, che successo l'aborto, esso si avviò per l'ostio addominale, dove si arrestò per ostacoli incontrati e vi si annidò, nel mentre che l'emorragia concomitante, non trovando sfogo dall' ostio addominale per l' impedimento creato dall' uovo, forzò la tromba e la lacerò.

Potrebbe anche essere avvenuto che l'uovo si sia fermato a svilupparsi nel padiglione, e che la lacerazione sia avvenuta nella tromba, sempre per il fatto dell'emorragia concomitante.

Osservazioni microscopiche. — I tagli fatti sulla porzione di tromba lacerata, mostrano gravi alterazioni, nel senso dianzi descritto. Emorragie, infiltrazione di sangue in mezzo ai fasci muscolari dissociati;

fatti d'infiammazione relativamente recente. I tagli eseguiti in diversi punti della salpinge, mettono in evidenza la pervietà del canale fino al padiglione, là dove si restringe molto. L'epitelio dappertutto ed anche qui non è devastato, sebbene in tutti i tessuti circostanti vi ha manifestazioni reattive (Fig. IX).

È da notare la speciale apparenza presa dal connettivo in proliferazione; i suoi elementi qua e là si dispongono simmetricamente a spiga, colorandosi in questi punti molto vivamente e prendendo carattere fusato. Vari gruppi plasmodiali sono disposti in guisa da prendere apparenza di cellule giganti. I tagli sul padiglione presentano gravi alterazioni flogistiche, ma in mezzo agli essudati ed ai tessuti neoformati le fimbrie, rimaste impigliate, conservano il loro disegno netto, e l'epitelio si colora ancora vivamente.

Nei preparati, ricavati dal corpo sopra notato, si rendono evidenti frammenti di villi, innicchiati in mezzo a sangue, con un tessuto reticolato fibrinoso, contenente nelle maglie globuli di sangue, ancora ben conservato.

8.° Caso. — *Rosalia Caneta,* di anni 37, casalinga, maritata, riparò in Clinica il 4 Novembre 1895, colla diagnosi di *Raccolta tubarica sinistra da gravidanza extrauterina. Ematocele retrouterino.*

Mestruata la prima volta a 14 anni, fu quasi sempre dismenorroica. Prese marito a 14 anni, ebbe un aborto ovulare dopo 11 anni e quindi rimase sterile. Operata per supposta stenosi uterina, congenita, non guadagnò nulla sull'andamento catameniale. In Giugno del 1895, fu presa da dolori acuti lancinanti al basso ventre e da comparsa di sangue dai genitali. In Agosto dello stesso anno si ripetè dolore fortissimo alla fossa iliaca sinistra con irradiazione alla coscia corrispondente. Ricomparso lo scolo di sangue non è più cessato e perciò ha chiesto le necessarie cure.

Esame obbiettivo. — Utero un poco più grosso del normale, rammollito, in antilatero versione sinistra, poco mobile. Fornice posteriore occupato da una massa dolente semifluida, che occupa inegualmente il Douglas nella parte mediana e nelle due porzioni laterali. Si addossa intimamente all'istmo. Il legamento largo di sinistra contiene una massa morbosa alquanto dolente, la quale si diparte dalle vicinanze del corno uterino sinistro e si dirige in alto ed all'esterno, occupando la fossa iliaca sinistra e facendo prominenza dalla parte addominale. Questa massa gode una oscura e limitata mobilità, e non dà segno di fluttuazione.

Allo scopo di tenere in osservazione la donna, si sottopose al riposo assoluto ed all'uso di irrigazioni vaginali calde e delle compresse caldissime sul ventre. Furono applicati in seguito due vescicatori ai quadranti inferiori.

Dopo 14 giorni il versamento del Douglas era stato riassorbito, la massa del legamento sinistro era diminuita di volume, e meno dolente; si poteva quindi, palpando, rilevare delle ineguaglianze e delle durezze. Volle essere dimessa.

9.° Caso. — *Casabianca Maria Antonia,* di anni 36, casalinga, maritata, fu introdotta il 21 Luglio 1896, colla diagnosi di *Ematocele retrouterino da aborto tubarico sinistro.*

Mestruata la prima volta a 16 anni, scarsamente e con dolore, fu sempre dismenorroica nello stato nubile. Coniugatasi a 17 anni, fu gravida due volte soltanto; la seconda gravidanza terminò con parto prematuro. Fu operata dopo di amputazione di collo per metrite. In Febbraio del 1896, si sospesero le mestruazioni, insorgendo fenomeni simpatici di gravidanza. In Maggio vennero in campo fieri dolori uterini, metrorragia, emissione d'una membrana carnosa con contenuto della grossezza d'un limone. Le perdite rosse e il dolore di minore quantità ed intensità perdurano tuttavia quando viene ricoverata.

Esame. — Ventre piatto, indolente ovunque, meno che nel quadrante inferiore sinistro, dove la palpazione permette di limitare una massa morbosa a contorni indefiniti. Col riscontro combinato si trova l'utero in anti-latero versione destra, leggermente mobile. Gli spostamenti determinano dolori. Nel Douglas si riscontra una massa morbosa che fa convessa in basso la volta vaginale, che non può differenziarsi dalla parete laterale sinistra della pelvi e che si avanza a destra fin presso alla regione ovarica omonima. La massa ha consistenza pastosa, elastica, poco fluttuante, premendola è assai poco dolente. Il volume dell'utero non appare per nulla aumentato, nè variata ne è la consistenza. Da esso geme liquido sanguinolento di color caffè sporco.

10.° Caso. — *Nunzia Carollo,* di anni 36, da Ficarazzi, di mestiere cameriera, maritata, fu ricevuta in Clinica il 10 Novembre 1896, colla dubbia diagnosi di *Peritonite encistica o raccolta liquida della salpinge destra, consociata a gravidanza.*

Di buona salute e mestruata sempre regolarmente, non ha accusato mai sofferenze fino all'Agosto del 1896. In tutta la vita matrimoniale ha avuto 4 gravidanze a termine con parti fisiologici e puerperi normali, ed un supposto aborto a due mesi, in Agosto 1896, che non lasciò apparentemente conseguenze; però un mese dopo, nel Settembre, il ventre cominciò a tumefarsi progressivamente ed un giorno, sotto gli sforzi della defecazione, fu assalita da un dolore vivissimo all'addome ed all'inguine destro, seguito da lipotimie passeggiere, che si ripetè altra volta in Novembre; mai fu seguito da emissioni sanguigne; le mestruazioni furono sempre regolari e costanti.

Esame obbiettivo. — Aspetto poco sofferente, mucose pallide. Organi

della vita fisiologici. Addome aumentato di volume nella metà inferiore, uniforme, come in una gravidanza a 5 mesi. Mancano il doppio battito fetale, il soffio uterino, i movimenti fetali e tutti gli altri caratteri riferibili a gravidanza. Le pareti addominali scorrono sulla massa, durante gli atti respiratori, la quale massa ha la forma di pera, colla parte più grossa a livello dell'ombellico; occupa nell'insieme il q. i. destro e buona parte del sinistro, ha consistenza pastosa, poco elastica, appena fluttuante e gode di mobilità molto limitata, ciò che fa pensare alla esistenza di tumore con aderenze peritoneali, o alla formazione delle pareti del tumore a mezzo delle aderenze. Sulla massa la percussione è ottusa. Per rischiarare la diagnosi si pratica una puntura saggiativa, che estrae liquido chiaro, limpido, leggermente citrino, punto filante, inodoro, con presenza di globuli rossi e bianchi e detriti.

L'esplorazione combinata mette in evidenza le modificazioni dell'utero nel senso che esso è ingrossato nel corpo e nel collo, si eleva col fondo a tre dita trasverse sul pube ed è diminuito di consistenza, raddrizzato, pochissimo mobile. Sono inapprezzabili gli annessi, per la presenza della massa sopranotata, che scende a riempire il Douglas e si estende anche lateralmente. Non rischiarata punto la diagnosi dall'esame, rimasto il direttore della Clinica nelle idee di peritonite encistica o di raccolta liquida della tromba destra con gravidanza extrauterina, si passò il 21 Novembre 1896 alla *Laparotomia mediana.*

Aperta la cavità addominale si cade sopra un tumore, che occupa tutta la metà inferiore del ventre, a parete liscia, levigata, di colore vinoso, carico, lassamente aderente in alto all'epiploon, pur esso cianotico e quasi nerastro in alcuni punti. La massa pescante nella pelvi non si può isolare, essa fa corpo con quanti tessuti la circondano, per cui si apre un adito al liquido, che però non fuoriesce che in scarsa copia ed è sanguinolento. Si allarga la breccia e col dito introdottovi si tocca un feto che si estrae per la testa. Insieme al feto viene fuori liquido siero-sanguigno e grumi di sangue. Dopo ciò si passa all'esportazione dell'intera cisti fetale, come si vede nella Fig. III, ed assicurata l'emostasi, si va alla ricerca degli annessi di sinistra, che si trovano trasformati in una massa dura, aderente alla parete pelvica, della grossezza d'un piccolo uovo di pollo, che difficilmente si può isolare; pure riuscendo a passare un laccio si giunge a formare un peduncolo piuttosto grosso. Durante questa manovra detta massa si apre e lascia uscire degli ossicini di scheletro di embrione ed una massa poltacea grigio giallastra. Prima di chiudere la cavità, per maggiore sicurezza dell'emostasi si lascia lo zaffo alla Mikulicz.

Il decorso post-operatorio è stato splendido; lo zaffo si toglie in 3.ª giornata e si sostituisce un drenaggio a tubo per dare esito al liquido siero-sanguinolento, che continua a raccogliersi nella cavità. I punti di sutura si tolgono in 10.ª giornata e si ha adesione per prima.

La donna è licenziata in 30.ª giornata; rimane un seno fistoloso, che si medica ambulatoriamente per parecchi mesi, ma si riesce infine a far chiudere.

Esame del pezzo anatomico di destra e di sinistra (v. Fig. III e IV). — Il pezzo anatomico, formante la grossa massa, appartiene agli annessi di destra. Risulta formato d'un feto dell'apparente età di 5 mesi circa, in buone condizioni di sviluppo e di una placenta intera, di aspetto pressochè normale o meglio con tratti di tessuto in degenerazione fibro-grassosa, con cordone velamentoso; coinvolti entrambi in mezzo a tessuti neoformati.

L'uovo ricostruito, come lo dimostra la Figura III, permette di raffigurare la topografia sua dentro la pelvi ed i suoi rapporti cogli annessi di destra. Così è che la parete anteriore della cisti fetale è data dal dispiegamento della falda anteriore del legamento largo tutta disseminata di grosse diramazioni vascolari; la cupola della cisti fetale o parte superiore è esclusivamente formata dalle sue membrane. Entro la cisti il feto sta in atteggiamento di flessione colla testa in alto; la placenta poi è inserita tra le due pagine del legamento largo sdoppiato.

Supero-antero-lateralmente a destra si riscontra il padiglione della tromba, pervio per pochi millimetri, meno in corrispondenza del tessuto della placenta e della cupola, là ove le membrane sono rivestite semplicemente di fibrina stratificata. L'avvenuta stratificazione di fibrina ed i coaguli dinotano che la formazione della cisti non è recente.

L'ovo ricomposto misura cm. 16 in lunghezza per 10 e per 12 cm. di larghezza, con 6 cm. di spessore. Tutto in massa colla cisti pesa gr. 1125. Il pezzo anatomico di sinistra è formato dallo scheletrino (Fig. IV) di embrione insieme alla tromba sinistra, già trasformata e riconoscibile soltanto dalla topografia. L'embrione ha l'apparente età di due mesi e mezzo, è spoglio completamente di parti molli, che furono riassorbite e ripiegato sopra sè stesso misura cm. 3 1[2 per 2, pesa gr. 8 1[2.

Osservazioni microscopiche. — I preparati, ottenuti dai tagli fatti in corrispendenza del padiglione sopravvissuto, mettono in evidenza le fimbrie del padiglione, spoglie in gran parte di epitelio, e questo là dove esiste non lascia più distinguere i singoli elementi. Questi tessuti appaiono molto vascolarizzati e ricchi di elementi linfoidi. Il connettivo di nuova formazione abbonda in mezzo al tessuto muscolare, e questo è dissociato spesso, per distensione subìta. In alcuni tagli si riscontra porzione di salpinge, i cui tessuti, alterati, si colorano male. I fasci muscolari sono atrofizzati e distanziati. In mezzo ad essi havvi depositi di fibrina. I vasi arteriosi infiammati, con pareti molto grosse, hanno subìto talvolta alterazioni profonde.

Alcuni tagli fatti sugli strati più interni della cisti e sulla porzione inferiore della stessa ci presentano un tessuto nettamente deciduale,

solo che questo è alterato per essersi trovato in mezzo a tessuti infiammati. L' elemento cellulare si è rigonfiato e il nucleo e il protoplasma si sonò disciolti lasciando spazi vuoti. In questi sono anche evidenti tratti di membrane choriali con caratteri degenerativi. I preparati degli strati più esterni della cisti mostrano tessuti profondamente alterati, indefinibili, fibrina stratificata organizzata e frammenti di villi, quando ci avviciniamo a quella parte di cisti fetale, in cui s' impianta la placenta. I preparati ricavati dalla parte superiore della cisti sono costituiti di solo amnios, bene conservato e bene rivestito di epitelio.

11.° Caso. — *Rappisi Nicoletta,* di anni 24, casalinga, maritata, entrava nel Comparto ginecologico il 30 Novembre 1896, colla diagnosi di *Gravidanza extrauterina destra,* ed usciva volontariamente il 13 Dicembre, rifiutando l' operazione. Essa ha goduto buona salute fino all'età di 19 anni, quando prese marito. In 5 anni di matrimonio non ha avuto figli. Mestruata la prima volta a 18 anni, senza sofferenze, ha conservato il periodo fino ad Agosto 1896, quando si soppressero le perdite. Negli ultimi di Ottobre, verso il giorno 23 cominciò ad essere molestata da uno scolo sanguigno lento e continuato dai genitali, accompagnato da dolori all' ipogastrio e al quadrante inferiore destro, e da tumefazione del ventre.

Narra la donna che dal 4.° mese di matrimonio in poi ha subìto periodi dolorosi, più o meno acuti, e il dolore si è sempre aggirato al basso ventre. L' ultimo accesso doloroso è stato in Agosto 1896, fortissimo, della durata di 10 giorni circa. Non è stata mai contagiata dal marito.

Esame. — Condizioni generali discrete. Genitali esterni di donna nullipara. Coll' esplorazione bimanuale si limita una massa morbosa a destra e superiormente all' utero, della grossezza d'un arancio, liscia, quasi immobile, di durezza elastica, la quale mantenendosi a contatto dell' utero lo sposta verso destra, in direzione dei ligamenti, e contro la concavità ischio-sacrale. La portio sta rivolta in avanti ed è rammollita. Gli orifizi sono chiusi. Il corpo è poco più grosso del normale e rammollito anch'esso. Misura nella cavità cm. 7, è spostato in basso, in addietro e a sinistra. Annessi di sinistra normali.

Confermata la diagnosi di sopra si sta nell'aspettativa senza praticare alcuna cura. Nessuna elevazione di temperatura. Il dolore al quad. inf. destro persistente e lo scolo di sangue non si modificarono mai. La massa aumentò, malgrado il riposo.

Quando fu decisa l'operazione l' inferma non volle assoggettarvisi.

12.° Caso, — *Scarpulla Vincenza,* di anni 34, casalinga, maritata, fu introdotta il 4 Settembre 1897, per *Raccolta nel Douglas. Utero in antelatero-versione destra.*

Mestruata la prima volta a 13 anni con moderata perdita, e senza sofferenze, ebbe le consecutive funzioni mestruali regolari nel periodo, nella quantità e nella durata. Nella vita coniugale non ha subìte variazioni il catamenio; ha superato 4 gravidanze, del tutto fisiologiche, con parti e puerperi normali. Mai aborti, mai sospensioni o ritardi mestruali, tranne le epoche occupate dalle gravidanze e dagli allattamenti, che sono stati amenorroici. 37 giorni prima di essere accolta in Clinica, in vicinanza all'epoca mestruale, fu presa da grave dolore al quadrante inferiore sinistro, che si irradiava all'arto inferiore corrispondente, da scolo di sangue nericcio dai genitali e da movimento febbrile, che nei giorni consecutivi divenne vera febbre, elevata, e preceduta da brividi. Al sito doloroso ha visto formarsi rapidamente una massa, e molto ingombro avverte nei genitali. Non è stata mai ammalata all'utero o agli annessi, nè è stata mai contagiata.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete, scarso pannicolo adiposo e poco sviluppate le masse muscolari. Organi del torace e dell'addome fisiologici.

Genitali esterni di donna multipara, beante la vulva e bagnata di sangue scuriccio. Il fornice posteriore e la parte alta della vagina sono spinti in basso ed in avanti da una massa semifluida, che dopo avere riempito il Douglas mediano e laterale sinistro, si eleva sino alla fossa iliaca sinistra, a limiti confusi, sollevando l'utero e spostandolo al disopra della sinfisi e contro l'arco pelvico anteriore. Il corpo dell'utero è poco più grosso del normale, diminuito di consistenza, indolente, poco mobile. La portio è iperplastica, molliccia. Orifizio esterno alquanto dilatato. La massa sopradescritta è contigua all'utero, ma si possono i due corpi isolare, è immobile.

Fatta una puntura saggiativa attraverso il fornice posteriore, si ricava sangue piceo, molto denso. *La diagnosi* si rischiara, essendo la raccolta dovuta ad *Ematocele retrouterino.* Si propone la *colpotomia*, che rifiuta, e viene dimessa per sua volontà.

Riveduta in capo ad otto giorni, la massa si era tutta riassorbita.

(Continua).

OSPEDALE CIVILE DI MASSA-CARRARA
diretto dal Dott. Carlo Orecchia

CONSIDERAZIONI SOPRA CINQUE TAGLI CESAREI

PER IL
Dott. CESARE NICODEMI

Fra tutte le operazioni ostetriche quella che più si avvantaggiò dei progressi avvenuti in altri rami delle chirurgiche discipline, fu la sezione cesarea. Basta confrontare le statistiche della mortalità di un tempo (oltre il 90 0[0]) con quelle di oggi (meno del 10 0[0]) per restarne subitó convinti. E si capisce. Atteso il triste pronostico, che prima dell'êra antisettica sovrastava alla semplice apertura del ventre, e tenuto conto che l'operazione veniva eseguita quasi sempre dopo lunga attesa e dopo che erano falliti gli altri espedienti diretti ad ottenere il parto per le vie naturali, è logico che le guarigioni fossero rarissime e più che altro da ascrivere al caso. Se poi si pensa che l'utero, dopo svuotato, veniva abbandonato nel cavó addominale senza richiuderlo, fa davvero meraviglia se qualche volta sia avvenuta la guarigione. Perciò anni addietro, il solo parlare del taglio cesareo incuteva sgomento fra il volgo ed il proporne l'attuazione equivaleva a condannare la paziente quasi a certa morte. Non parrà strana quindi la riluttanza, con cui l'operatore si accingeva allora a questo supremo tentativo di salvare la madre. Ciò non è più oggidì, dopo che Porro e Sänger hanno divulgato il loro metodo. Grazie a loro, questa operazione non presenta oggi maggiori difficoltà di altre che il chirurgo intraprende per salvare la vita del suo simile e rende possibile il raggiungimento dell'ideale di tutte le operazioni ostetriche, la salvezza della madre e del feto. Le seguenti cinque osservazioni di taglio cesareo, operate nello Spedale di Massa dal direttore dott. Carlo Orecchia, stanno a conferma di quanto sopra.

Osservazione I. — *Parto cesareo (processo Porro) per bacino piatto rachitico con risultato favorevole per la madre e per il feto.*

Buffoni Giovanna, d'anni 23, di Montignoso, entra nell'Ospedale il 4 Gennaio 1892, in soprapparto.

Tranne le malattie dell'infanzia, non ne ha avute finora altre di rilievo. Senza notevoli disturbi ebbe a 18 anni la prima mestruazione, la quale si mantenne sempre normale per quantità e per periodo fino ai primi di Aprile dello scorso anno. Da quell'epoca non ebbe più mestruazioni. I primi moti fetali furono da lei avvertiti nel mese di Agosto ultimo scorso, e fu allora che la Buffoni fu fatta certa della sua gravidanza. Essendo però suo desiderio che questa restasse il più possibilmente segreta, non ne parlò con nessuno di casa, e nemmeno si curò di farsi esaminare da alcuno dell'arte, e solo sulla fine del Dicembre scorso, dietro l'insistenza dei parenti, si decise di ricorrere all'egregio dott. Salti, medico condotto del suo paese, il quale, trovatala affetta da stenosi pelvica e con gravidanza già inoltrata nel nono mese, la inviò all'Ospedale.

L'esame su di essa praticato diede i seguenti risultati:

La donna è ben nutrita ed ha muscoli e pannicolo discretamente sviluppati; la sua statura misura m. 1,30. Presenta manifeste traccie di pregressa rachitide, basti un ginocchio valgo bilaterale tale, che, messa la donna in decubito supino, ad arti estesi, con le rotule guardanti in alto, la distanza fra i due malleoli interni è di 56 cm. La distanza fra le spine iliache anteriori e superiori è di cm. 25, e quella fra le creste iliache misura cm. 25 1|2. La coniugata vera è di 65 mm.

Praticati per alcuni giorni diversi bagni generali di pulizia e diversi clisteri, rasi i peli alla regione pudenda, e per due giorni consecutivi fatto un impacco al sublimato sul ventre, la mattina del 14 Gennaio, appena cioè alcune rare e deboli contrazioni uterine preludiavano al parto, la Buffoni viene sottomessa all'operazione, presenti anche i dottori Papini e Salti.

Cloroformizzata la paziente, evacuata la vescica, lavato abbondantemente con soluzione di sublimato il canale vaginale, messe insomma in atto le cautele comuni a tutte le laparotomie, viene praticata una incisione sulla linea mediana delle pareti addominali, che da 4 dita al di sopra del pube, arriva fin quasi all'ombellico. Fissato con punti di seta il peritoneo alla pelle, ed attraverso a questa incisione laparotomica sgusciato l'utero, si stringe il collo del medesimo con un tubo di gomma, grosso come il mignolo. Incisa allora la parete anteriore dell'utero a cominciare dal fondo per la lunghezza di circa 16-17 cm., si estrae il feto, che, dopo legato il cordone, si affida alla levatrice, e quindi si estraggono la placenta e le membrane. Si cucisce in se-

guito, in giro, il peritoneo parietale della parte inferiore della ferita al peritoneo della porzione uterina posta subito sotto il laccio, suturando poi a strati la rimanente parte dell'incisione laparotomica fino all'ombellico.

Trafitto l'utero con due grossi spilli disposti in croce subito sopra il laccio, lo si recide unitamente alle ovaia ed ai legamenti, a 1 cm. al di sopra degli spilli stessi. Si rilava poscia abbondantemente la vagina con soluzione di sublimato e si zaffa con garza all'jodoformio. Spolverizzato il moncone uterino con jodoformio, si medica con garza idrofila sterilizzata. L'operazione ha durato circa un'ora e mezza. Il feto estratto vivo è di sesso mascolino, pesa 3400 gr. e misura 50 cm. in lunghezza. I diametri della testa fetale sono i seguenti:

Diametro fronto-occipitale	. . . . .	cm. 12
» bitemporale	. . . . .	» 10
» biparietale	. . . . .	» 11
» occipito-mentoniero	. . . . .	» 14
La circonferenza misura	. . . . .	» 37

Il decorso successivo fu oltremodo regolare; basti il dire che il *maximum* della temperatura fu di 37° 3. Il laccio cadde in dodicesima giornata. Per un po' di tempo restò una fistola utero-addominale, la quale poscia venne spontaneamente a chiudersi col progredire delle granulazioni e con la cicatrizzazione di esse.

La Buffoni lasciò l'Ospedale il 24 di Marzo, completamente guarita da circa 15 giorni.

Osservazione II. — *Gravidanza a termine in donna rachitica. Taglio cesareo (processo Sänger con castrazione bilaterale). Feto vivo. Madre morta in 16.ª giornata.*

Guglielmi Eugenia, di anni 39, di Ripa (Pietrasanta), entra nell'Ospedale la mattina del 5 Dicembre 1895 in soprapparto.

Nulla nel gentilizio, nessuna infermità precedente di qualche importanza. Da bambina però fu sempre malaticcia e solo tardi cominciò a muovere i primi passi. A 19 anni ebbe la prima mestruazione, che in seguito fu sempre regolare. È maritata da solo un anno e mezzo, e dal 19 Febbraio u. s. non ha più avuto i suoi corsi. Verso la fine del 5.° mese di gravidanza avvertì i primi moti attivi del feto. È primipara.

Esame obbiettivo. — Donna pallida, gracile, in istato di profondo esaurimento. È alta m. 1,34, con segni evidenti di rachitide. Denti disposti irregolarmente con incisivi seghettati. Estremità epifisarie ingrossate. Scoliosi destra convessa alla regione lombare. Ginocchio valgo

doppio. Distanza fra i due malleoli interni cm. 10. Niente al sistema linfatico ganglionare. Normali gli organi del torace. Negativo l'esame delle orine.

T. 36.3; P. 92; R. 40.

L'addome è molto sviluppato, cascante in avanti e con pareti edematose. Il fondo dell' utero nella posizione supina arriva a due dita trasverse sotto l'apofisi xifoide. Nel quadrante superiore destro si sentono i battiti del feto tuttora validi e regolari. Distanza massima fra i due poli dell'ovoide fetale cm. 23.

Dati pelvimetrici:

Circonferenza del bacino	cm.	90
Distanza Sp. I.	»	25
» Cr. I.	»	27
» Tr. Tr.	»	29
» D. B.	»	16
» C. D.	»	8
» C. V.	»	6 e mm.

I primi dolori datano da tre giorni. Il sacco delle acque si ruppe spontaneamente ieri, poco prima di mezzogiorno. A casa sua furono praticati numerosi tentativi di estrazione del feto per le vie naturali, ma senza risultato.

Il collo uterino è dilatato per circa 8 cm. La presentazione è di vertice; però la testa fetale, affacciata al distretto superiore, non è menomamente impegnata.

Operazione. — Ore 10. Soliti preparativi di ogni laparotomia, tricotomia e prolungata irrigazione borica della vagina. Il catetere non si può introdurre in vescica. Cloronarcosi. Opera il dott. Orecchia; cloroformizza il dott. Ceccopieri; assistono i dott. Landriano e Nicodemi e la levatrice di Querceta. Incisione mediana del ventre, che da quattro dita trasverse sopra l'ombelico scende ad un dito sopra il pube, girando a sinistra del bellico. Orlatura del peritoneo alla pelle con seta. Sgusciato l'utero dall'addome, avvicinata la parte superiore della breccia laparotomica, si applica un forte laccio elastico attorno al segmento inferiore della matrice. La vescica piena di urina viene spinta sopra il pube, essendo il collo di essa compresso contro la sinfisi pubica dalla testa del feto. Incisione della parete uterina sulla linea mediana, incominciando dal fondo. Rotte le membrane, si estrae un feto femmina, a termine, vivo, che si consegna alla levatrice per le cure opportune. Subito dopo si estraggono la placenta e le membrane. Si aggiunge l'annessiectomia bilaterale. La cavità dell'utero viene detersa accuratamente con compresse di garza asettica, bagnate in soluzione di subli-

mato corrosivo all'1 0[00, e quindi spolverata generosamente con jodoformio. Sutura delle pareti uterine con punti staccati di catgut di media grossezza, a doppio piano, superficiale e profondo, simile a quella del Czerny-Lembert per l'enterorrafia. Si evacua la vescica, che contiene orina sanguigna. Si toglie il laccio elastico e si ripone l'utero nella cavità addominale. Nessuna emorragia dalla linea di sutura uterina. Toilette del peritoneo. Riunione a strati come d'ordinario delle pareti addominali. Solita medicazione con aggiunta di qualche giro di benda elastica. Lavanda protratta della vagina con la comune soluzione di sublimato. L'atto operativo è durato in tutto circa un'ora.

La bambina è vispa, ben conformata, lunga cm. 51, del peso di gr. 3450. La testa presenta le seguenti dimensioni:

Circonferenza	cm.	33,00
Diametro retto (fronto-occipitale)	»	12,50
Grande diametro trasverso (biparietale)	»	10,00
Piccolo » » (bitemporale)	»	8.50
Grande » » (mento-occipitale) . .	»	14,00
Piccolo » » (sottooccipito-bregmatico)	»	9,50
Diametro fronto-mentoniero	»	9,00

Portata a letto, l'operata non prende per tutto il giorno che qualche pezzetto di ghiaccio.

Giorno 6: matt. T. 38. 4, P. 94, R. 38; sera T. 37. 7, P. 92, R. 40. Non si lamenta di alcun disturbo. Oltre il ghiaccio per bocca, ha incominciato a prendere qualche sorso di latte e di marsala.

Giorno 7: matt. T. 37. 1, P. 92, R. 38; sera T. 38. 4, P. 96, R. 42. Stato generale invariato. Oltre al latte ed al marsala, la puerpera prende ancora del brodo, a dosi piccole.

Giorno 8: matt. T. 36. 6, P. 88, R. 36; sera T. 36. 8, P. 90, R. 40. Condizioni generali stazionarie. Si fa prendere un leggiero purgante all'operata.

Giorno 9: matt. T. 38. 0, P. 96, R. 40; sera T. 38. 2, P. 94, R. 42. Non vomito, non singhiozzo, non dolori al ventre. Scolo vaginale leggermente sanguinolento, scarso e senza alcun odore. Ha avuto varie scariche alvine diarroiche. Oltre all'uso di latte, di brodo e di marsala, le si concede pure un po' di caffè con cognac.

Giorno 10: matt. T. 38.5, P. 98, R. 40; sera T. 38.4, P. 98, R. 42. La donna avverte un vago senso di dolore al ventre. Continua la diarrea.

Giorno 11: matt. T. 38.3, P. 98, R. 38; sera T. 38.7, P. 104, P. 42. Persiste la diarrea abbondante: del resto lo stato generale è lo stesso.

Giorno 12: matt. T. 38. 5, P. 98, R. 40; sera T. 38.3, P. 106, R. 44. Sempre dolori al ventre con intensità un poco maggiore. Nessun conato di vomito, nè singhiozzo.

Giorno 13: matt. T. 38.6, P. 108, R. 42; sera T. 39.1, P. 116, R. 46. Malgrado si facciano prendere all'operata cartine di salicilato di bismuto e di oppio, la diarrea non accenna per nulla a diminuire. Il ventre anzi si è fatto alquanto meteorico. Del resto non vomito, nè singhiozzo. Si sfascia la donna per la prima volta dopo 8 giorni dall'operazione, e si trovano i margini della ferita laparotomica riuniti *per primam*. Si tolgono i punti cutanei di seta e si rimedica. In questo frattempo l'urina si è sempre mantenuta normale e per quantità e per composizione. Furono metodicamente praticate lavande vaginali con soluzione borica. La dieta fu sempre liquida, ma alquanto corroborante.

Giorno	14:	matt.	T. 37.6,	P. 104,	R. 40;	sera	T. 39.4,	P. 108,	R. 44.
»	15:	»	» 38.3,	» 108,	» 42;	»	» 39.4,	» 110,	» 44.
»	16:	»	» 38.0,	» 108,	» 42;	»	» 39.4,	» 116,	» 46.
»	17:	»	» 38.0,	» 112,	» 44;	»	» 39.4,	» 118,	» 46.
»	18:	»	» 38.4,	» 110,	» 42.				

In questi ultimi giorni la donna ha continuato a lamentarsi di lievi dolori al ventre, che si mantenne meteorico. Mai singhiozzo, mai vomito. La diarrea però continuò insistente e profusa. Essendo la secrezione del canale genitale divenuta purulenta, alle semplici lavande vaginali si sono aggiunte irrigazioni uterine della medesima soluzione borica con la sonda del Doléris. L'utero arriva un dito sotto l'ombellico ed è dolente alla pressione. Esiste pure dolorabilità su tutto l'ambito del ventre. Alla percussione si rileva suono ottuso alle regioni lombari.

Ore 10: si riapre di nuovo il cavo addominale, incidendo la cicatrice. Le anse intestinali si trovano fra loro saldate da essudato fibrinoso, il quale tappezza pure il peritoneo parietale, cui qua e là le anse aderiscono. L'utero è beante nella parte superiore della linea d'incisione e presenta la sua superficie esterna pur essa rivestita da essudato fibrinoso: al suo fondo aderisce un'ansa d'intestino. Si rimuovono alcuni fili della sutura al di sotto del punto aperto, che viene così allargato. Si fissano i margini dello stroma uterino alla parte inferiore della nuova ferita addominale, unendo diligentemente peritoneo a peritoneo. Si ripulisce la cavità uterina con batuffoli di garza asettica imbevuta di soluzione di sublimato e si spolvera di jodoformio. Lavaggio del cavo peritoneale con soluzione calda di acido borico. Sutura a strati, come al solito, della restante incisione laparotomica, tranne in basso sopra l'utero, ove si mette un drenaggio di garza. Per le condizioni tristi in cui versa l'ammalata, non si è creduto conveniente cloroformizzarla.

Sera T. 37.8, P. 124, R. 46. Per la profonda adinamia della donna, oltre all'infuso di digitale per bocca, si praticano frequenti iniezioni ipodermiche di sostanze eccitanti.

Giorno 19: matt. T. 38.2, P. 120, R. 46; sera T. 38.6, P. 128, R. 49. Continua la diarrea colliquativa. Il polso, oltre ad essere più frequente, si è fatto ancora molto piccolo, addirittura filiforme.

Giorno 20: matt. T. 37.0, P. 132, R. 46; sera T. 38.6, P. 140, R. 48. Sempre assente il vomito ed il singhiozzo. Nulla di anormale nelle urine. La donna è stremata di forze. Non si riesce a farle prendere cibo. A nulla valgono i cardiocinetici per via ipodermica.

Giorno 21: temper. mattutina 38.4, polso impercettibile, respiro superficiale, frequentissimo. Muore nel pomeriggio.

L'autopsia non fa rilevare che le note caratteristiche di una peritonite diffusa siero-fibrino-purulenta con scarso essudato liquido nelle regioni declivi dell'addome. Il muscolo uterino si trova infiltrato di pus. Niente di speciale al cervello, agli organi intratoracici ed ai reni.

Osservazione III. — *Parto cesareo (processo Porro) in donna rachitica con risultato favorevole per la madre e per il feto.*

Bertilorenzi Agostina, d'anni 26, delle montagne di Massa, entra nell'Ospedale il 4 Febb. 1897, alla metà circa dell'8.° mese di gravidanza.

Nulla nel gentilizio: nessuna malattia pregressa di rilievo. Incominciò a camminare verso il 4.° anno. Mestruata la prima volta a 12 anni, lo fu sempre regolarmente. L'ultima mestruazione è avvenuta il 15 Giugno. È primipara. Sentì i moti fetali verso il 15 di Ottobre.

Esame obbiettivo del giorno 12 Marzo 1897. — Donna rachitica: altezza m. 1,30, cranio di volume piuttosto notevole. Denti guasti ed impiantati irregolarmente. Incisivi d'Hutchinson. Ingrossamento delle epifisi inferiori degli avambracci e delle gambe. Curva a convessità antero-esterna degli omeri. I femori pure presentano una curva a convessità antero-esterna, molto più marcata a sinistra che a destra, tanto che l'arto inferiore sinistro è di circa 2 cm. più corto del destro. Le tibie accennano alla conformazione a sciabola. Nessuna cicatrice al collo. Nessuna ipertrofia di glandole linfatiche. Organi del torace sani. Esame delle urine negativo. T. 36.9, P. 94, R. 28.

Addome molto sviluppato, a pareti assai tese e con numerose smagliature di colore bluastro ai due quadranti inferiori. Il fondo dell'utero, nel decubito supino, giunge poco sotto l'apofisi ensiforme. Il battito cardiaco del feto ed il soffio utero-placentare sono sensibilissimi. Distanza fra i due poli dell'ovoide cm. 22.

Pelvimetria.

Circonferenza	cm. 88,00	D. B.	cm. 15,50
Sp. I.	» 24,00	C. D.	» 7,80
Cr. I.	» 25,00	C. V.	» 5,80
Tr. Tr.	» 27,00		

Ha dolori da qualche giorno: ma solo da ieri sera alle 22 è entrata in soprapparto.

Ore 10: il collo è completamente dilatato ed esiste procidenza in vagina del funicolo, di cui si percepiscono chiaramente le pulsazioni. La testa è affacciata allo stretto superiore. Il sacco amniotico si è rotto spontaneamente, l'utero è in istato tetanico.

Operazione 12 Marzo 1897. — Solita preparazione dell'operanda. Il dott. Orecchia è coadiuvato, come sempre, dai dottori Landriano, Ceccopieri e Nicodemi. È presente pure l'egregio dott. Brunetti. Cloronarcosi. Laparotomia mediana, che va da tre dita trasverse sopra l'ombelico sino a due dita sopra il monte di Venere. Si assicurano alla pelle i margini peritoneali con punti di sutura provvisoria. Si porta fuori del ventre l'utero gravido, si avvicinano i margini della breccia laparotomica, e fra l'utero ed il piano addominale si pongono alcuni strati di garza asettica in modo da operare più che sia possibile fuori del peritoneo. Si incide la parete dell'utero longitudinalmente, nella linea mediana, per un tratto lungo circa 10 cm., con perdita minima di sangue. Rotte con le dita le membrane dell'uovo, si estrae un feto vivo, maschio, che si affida, dopo legato e reciso il cordone, alla levatrice. Esportazione della placenta e delle membrane. Con un tubo elastico resistente si stringe il segmento inferiore dell'utero, comprendendo anche gli annessi. Recisione dell'utero e degli annessi un paio di centimetri al di sopra il laccio elastico, sopra il quale si sono impiantati in croce due lunghi spilli. Si fissa il moncone uterino al tratto inferiore della dieresi addominale, suturandone il peritoneo mediante quattro punti staccati di catgut con quello che riveste l'utero, subito al di sotto della legatura elastica. Indi si passa alla riunione delle pareti del ventre, come d'ordinario, a tre strati, di cui il primo per il solo peritoneo a sutura continua e catgut fine, il secondo con catgut più forte, comprendente il piano muscolo-aponevrotico, ed il terzo con seta a punti staccati, interessante la sola pelle. Si cuopre la superficie cruenta del moncone con polvere di jodoformio ed acido tannico a parti eguali e quindi si applica la solita medicatura. Irrigazione della vagina con soluzione di sublimato. L'urina estratta dalla vescica è limpida. L'operazione ha durato all'incirca tre quarti d'ora.

Il feto, vispo e ben conformato, è lungo cm. 49 e pesa gr. 3250. La testa ha le seguenti misure:

Circonferenza		cm.	32,00
Diametro fronto-occipitale		»	11,50
»	biparietale	»	9,50
»	bitemporale	»	8,00
»	mento occipitale	»	13,00
»	fronto-mentoniero	»	9,00

Decorso post-operatorio favorevolissino. Non mai febbre.

23 Marzo: si rimuove la prima medicazione e si trova la ferita addominale cicatrizzata *per primam*, per cui si tolgono i punti di sutura superficiale.

5 Aprile: si trova il moncone distaccato col laccio elastico ancora stretto al suo apice. Al posto di esso è rimasta una depressione ad imbuto, ricoperta di granulazioni, che si medica con garza asettica.

La Bertilorenzi viene congedata dall'Ospedale in istato di completa guarigione.

Osservazione IV. — *Parto cesareo (processo Porro) per bacino osteomalacico con esito felice per la madre e per il feto.*

Mazzi Francesca in Gozzani, di anni 33, di Massa, contadina, è ammessa nell'Ospedale il 9 Giugno 1897.

Nulla di ereditario e nessun precedente degno di nota, se si eccettui una ferita lacero-contusa alla metà sinistra del capo, riportata nel cadere da una scala, e per la quale fu ricoverata nell' Ospedale dal 30 Novembre al 13 Dicembre 1892 (vedi Rendiconto clinico dell'Ospedale di Massa dell'anno 1892, p. 10, caso 20). Ebbe la prima mestruazione all'età di 13 anni e da allora in poi il catamenio fu sempre regolare per comparsa, quantità e durata. Passò a marito a 18 anni e n'ebbe sette gravidanze tutte a termine, fuorchè la prima, che rimase interrotta verso la fine del 4.° mese. Gli ultimi tre parti richiesero il rivolgimento con risultato sempre letale per il feto.

Sul finire della 5.ª gravidanza, avvenuta all' incirca 9 anni fa, la donna cominciò ad avvertire sensazioni moleste in corrispondenza dei malleoli, le quali si estesero poi progressivamente a tutte le ossa degli arti inferiori, degli arti superiori ed ancora del bacino. In pari tempo cominciò l' impedimento nel cammino dovuto a debolezza e alla dolentia negli arti inferiori. Le sofferenze crebbero d' intensità nelle gestazioni successive, propagandosi anche al costato ed alla colonna vertebrale. Le ossa della testa rimasero affatto libere. Tali dolori, creduti sempre di natura reumatica e come tali curati, la donna li aveva continuamente, anche stando a letto; però si esacerbavano alla pressione e nei movimenti della persona. L' inferma asserisce di essere divenuta da qualche anno più bassa. Dei suoi tre bimbi nati vivi, uno perì per morbillo all'età di 5 anni, un altro per croup ad 11 mesi, ed il terzo pochi giorni dopo la nascita. Allattò due dei suoi figli ed un esposto per circa 15 mesi. Dalla 5.ª gravidanza in poi l' inferma condusse una vita di sofferenze, stando quasi sempre a letto o seduta, inabile a qualsiasi movimento senza l'aiuto di persona o l'appoggio delle mani. Abitò sempre case asciutte e ben arieggiate, intesa, prima della malattia che l'affligge, alle faccende domestiche ed ai lavori dei campi.

Esame obbiettivo del giorno 10 Giugno. — Donna gracile, alta m. 1,28 e piuttosto magra. Colorito della pelle bruno. Nessuna deformità ai denti, nè alle ossa della faccia, degli arti superiori ed inferiori. Nessuna glandula linfatica palpabile. Non tremore, nè disturbo di sensibilità. T. 36.6, P. 96, R. 24.

Sente dolori spontanei alle spalle nei movimenti di abduzione e di elevazione dei bracci. L'abduzione degli arti inferiori è molto limitata e dolentissima. È quasi impossibile la flessione delle coscie sul bacino: ogni tentativo di essa induce atroci dolori. Forte dolorabilità di tutte le ossa alla pressione, massimamente al bacino ed ai malleoli.

Niente agli organi intratoracici, nè all'apparecchio gastro-enterico. Orine sane.

Addome discretamente sviluppato ed un po' cascante all'innanzi. Sinfisi conformata a rostro. Il fondo dell'utero arriva alla metà della distanza fra l'ombelico e l'apofisi ensiforme. È sensibilissimo il battito cardiaco del feto nel quadrante superiore. La donna avverte bene i moti fetali.

Pelvimetria.

Circonferenza	cm. 91,00	D. B.	cm. 17,50
S. I.	» 21,00	C. D.	» 9,30
Cr. I.	» 25,00	C. V.	» 7,30
Tr.	» 27,00		

Sebbene la donna non ci sappia dire, nemmeno con una certa approssimazione, quando avvenne l'ultimo periodo mestruale, pure dal complesso dei segni surriferiti si desume trovarsi intorno al 7.° mese di gravidanza.

Diagnosi. — Vizio pelvico in donna osteomalacica, giunta circa al 7.° mese di gravidanza.

29 Agosto, ore 22. La donna avverte qualche doloretto, che essa riconosce bene per doglie del soprapparto.

30 Agosto, ore 2. I dolori si sono fatti assai forti. Riscontrata, si sente il meato uterino dilatato, il sacco delle acque intatto ed un gomito del feto. — Ore 3 1[2. Rottura del sacco delle acque. Il braccio discende in vagina. Dolori fortissimi.

Operazione, 30 Agosto 1897, ore 7. — Solita assistenza. Cloronarcosi. Laparotomia mediana da tre dita trasverse sotto l'apofisi ensiforme a due dita trasverse sopra il pube. Si sguscia l'utero fuori del ventre e, centrificato, si incide longitudinalmente sulla linea mediana per circa 10 cm., comprendendo il fondo nell'incisione. Col taglio si cade sulla placenta inserita sulla parete anteriore di esso. Si stacca rapidamente col dito, e si estrae d'un sol colpo insieme al feto. Si annoda il laccio elastico attorno al collo e si esporta l'utero in un cogli annessi un dito

al di sopra del cingolo costrittore, fissando, in corrispondenza del tratto inferiore della ferita laparotomica, il moncone al peritoneo parietale, e mantenendolo estraddominale con due spilloni disposti in croce. Solita medicatura.

Corpo luteo recente nell'ovaio destro.

Feto femmina a termine, bene sviluppato ed assai vispo, della lunghezza di cm. 50 e del peso di Kg. 3,200. La craniometria dà il seguente risultato:

Circonferenza	cm.	34,00
Diametro fronto-occipitale	»	11,50
» biparietale	»	9,50
» bitemporale	»	8,50
» mento-occipitale	»	13,00
Piccolo diametro obliquo	»	9.50
Diametro fronto-mentoniero	»	9,00

Puerperio ottimo. Nessun risentimento generale, essendosi sempre mantenuti normali la temperatura, il polso ed il respiro.

Il peduncolo si trova distaccato il 12 Settembre. La ferita addominale è completamente chiusa il 30 dello stesso mese. La Mazzi esce dall'Ospedale il 5 Dicembre 1897. Vi è rimasta tanto tempo dopo la guarigione a scopo di cura ricostituente. Nel giorno in cui esce la Mazzi cammina senza appoggio di sorta, però un po' saltellante. Sono cessati i dolori spontanei e i movimenti degli arti possibili in limiti maggiori.

2 Marzo. Riveduta la Mazzi, si trova progredito il miglioramento.

Osservazione V. — *Gravidanza a termine in donna osteomalacica. Parto cesareo, con ovaro-isterectomia secondo il Porro. Madre e feto vivi.*

Olobardi Maria, in Bazzighi, di anni 32, di Stazzema, donna di casa, viene ricoverata d'urgenza in soprapparto nell'Ospedale il 20 Ottobre 1897 alle ore 22. L'accompagnano l'egregio dott. E. Reggiani di Seravezza e la levatrice del suo paese.

Nulla nel gentilizio, nè alcuna malattia antecedente meritevole di ricordo. Fu mestruata la prima volta all'età di 14 anni ed in seguito ebbe i suoi periodi mensili quasi sempre regolari. Andò a marito a 21 anni e n'ebbe quattro parti a termine susseguiti a breve distanza l'uno all'altro, dei quali i primi tre furono alquanto laboriosi, ma spontanei, e l'ultimo, avvenuto tre anni fa, in presentazione podalica, richiese la craniotomia a testa posteriore. Allattò da sè i suoi nati per oltre 15 mesi ciascuno, fuorchè il terzo, a cui interruppe l'allattamento dopo qualche mese per malattia alle mammelle. Tutti godono buona salute.

Sette anni fa, durante la prima metà della 3.ª gravidanza, cominciò ad avvertire dolori reumatoidi alla coscia destra, al bacino ed in breve diffusi a tutta la persona: incertezza nel cammino ed anemia. I dolori non erano spontanei, ma solo suscitati dai movimenti e dalla pressione delle ossa. Per altro a letto riposava in decubito indifferente e senza dolori. È da notare che non soffrì alcuna molestia in corrispondenza delle gambe e dei piedi. In quest'ultima gravidanza le sofferenze hanno subìto tale incrudimento, che la deambulazione è grandemente impedita. Sono parecchi mesi infatti che non esce più di casa e solo coll'aiuto di sostegni può muovere qualche passo.

Regime di vita deficiente in albuminoidi, essendo gli alimenti per la massima parte costituiti da cereali e da verdure. Condizioni della sua casa salubri.

Stato presente. — Donna pallidissima, smunta, ed in preda a profondo esaurimento pel travaglio prolungato ed irregolare e pel lungo viaggio. Statura media; sviluppo scheletrico appariscente regolare, masse muscolari e pannicolo adiposo scarsi e flosci. Glandule linfatiche normali. Denti sani. Sensorio integro. Nulla di patologico agli organi del torace. Orine normali. T. 36.7, P. 144, R. 42.

Addome molto sviluppato, cascante in avanti e teso, tanto che non si possono col tatto apprezzare le singole parti del contenuto. Il fondo dell'ovolo nella posizione supina giunge a due dita trasverse sopra l'ombelico: i suoi due poli distano cm. 24. Il battito cardiaco del feto ed il soffio utero-placentare sono sensibilissimi. All'esplorazione vaginale si riscontra dilatazione del collo per 8 cm., ed il sacco delle acque è integro. Il distretto superiore è ridotto a una semplice rima, a traverso cui si avverte la testa del feto del tutto mobile. Le ossa del bacino non sono cedevoli.

Pelvimetria.

Circonferenza	cm. 88	D. B.	cm. 17
S. I.	» 25	C. D.	» 7
G. I.	» 27	C. V.	» 5
Tr.	» 28		

Stante l'assoluta stenosi pelvica osteomalacica, si propone il taglio cesareo demolitore, che viene accettato dall'inferma e dal marito.

Ore 23 1|2: le acque sono scolate. Disinfezione esterna e vaginale. Cateterismo. Il direttore dell'Ospedale è assistito dai dott. Landriano e Nicodemi e dal dott. Reggiani, medico condotto di Seravezza. Presiede alla cloronarcosi, come al solito, il dott. Ceccopieri. Incisione mediana delle pareti addominali da due dita trasverse sopra l'ombelico sino al pube. Operazione del Porro, previo sgusciamento all' esterno dell'utero. Si cade col taglio sulla placenta, che viene rapidamente

scollata senza inciderla. Si estrae un feto maschio, normalmente sviluppato e vigoroso. Solito trattamento del peduncolo. Sutura a strati delle pareti addominali e medicatura come d'ordinario. Nessun fenomeno spiacevole durante l'atto operativo, che è durato in tutto cinquanta minuti.

Il decorso post-operativo fu normale. Il peduncolo si trovò staccato il 16 Novembre.

Esce dall'Ospedale completamente guarita il 19 Dicembre 1897. Da alcuni giorni si alza e cammina senza avvertire dolori.

2 Marzo. Notizie recenti ci apprendono che l'Olobardi sta bene ed è in grado di camminare senza dolori e speditamente.

***

Nei casi qui riportati e che la gentilezza del mio primario dottor Carlo Orecchia mi ha permesso di pubblicare, era assolutamente indicata l'operazione cesarea. In quattro di essi (1, 2, 3 e 5) avevamo da fare con donne o in travaglio di parto o in istato di gravidanza molto inoltrata, con feti vivi e con bacini le cui coniugate vere erano al di sotto di mm. 65. Ci trovavamo, in altri termini, nella necessità assoluta di scegliere fra il taglio cesareo e l'embriotomia, cioè fra un'operazione, che ha la massima probabilità di salvare madre e figlio, e l'altra che sacrifica *a priori* il feto senza offrire corrispondente garanzia di salvezza alla madre. È risaputo infatti che la estrazione della testa perforata per le vie naturali in simili contingenze, malgrado la perfezione degli strumenti e l'abilità degli operatori, può compromettere la madre ed essere talora impossibile, specialmente a testa non ancora fissa nel distretto superiore. La craniotomia su feto vivente, ben dice il Falaschi, non corrisponde punto all'ideale dell'arte ostetrica ed è operazione contro natura. Nelle presenti condizioni, coi risultati che si ottengono dal parto prematuro, dalla sinfisiotomia e dalla laparo-isterotomia cesarea, le operazioni che offendono l'integrità del feto vivo vogliono essere proscritte dal novero delle risorse terapeutiche, perchè in contrasto col nostro ministero, che ha per compito di conservare la salute e non può arrogarsi il diritto di far olocausto di una esistenza, che si affaccia alla vita. Anche nel caso 4.° si preferì il taglio cesareo, sebbene l'angustia pelvica non fosse molto pronunziata (mm. 73) e la donna fosse da tempo in nostra osservazione, giacchè con esso solo, a prescindere da tutte le considerazioni sulla opportunità o meno

di ricorrere al parto prematuro, si aveva la speranza di debellare il morbo, causa della distocia. La sinfisiotomia poi avrebbe forse aggiunto ai disturbi proprî della osteomalacia, quelli derivanti da una imperfetta consolidazione dei pubi, tutt'altro che improbabile a verificarsi in un soggetto, tanto scaduto nei poteri di ricambio organico. Adunque, se nei casi 1, 2, 3 e 5, atteso il restringimento insuperabile del bacino, fu giuocoforza ricorrere al taglio cesareo, nel caso 4.°, più che per il vizio pelvico fu scelto simile intervento per arrestare la malattia, che dallo stato gravidico ripeteva la sua gravità. In tutti e cinque i casi poi l'apertura del ventre ci offriva altresì il modo di rendere sterile la donna, ciò che per noi, salvo poche eccezioni d'indole non tecnica, si deve ricercare quando per la grave viziatura pelvica il parto non sia altrimenti effettuabile che col taglio cesareo.

Per ciò che concerne l'efficacia della castrazione nella osteomalacia, non sarà superfluo se io qui riferisco le conoscenze attuali sull'argomento.

L'osteomalacia *(mollities ossium)*, al contrario della rachitide, in cui le ossa in via di sviluppo rimangono molli e pieghevoli per disturbi nei processi di ossificazione aventi come risultato ultimo l'insufficiente deposito di sali calcarei, è una malattia dello scheletro consistente essenzialmente in un rammollimento delle ossa già formate e normalmente sviluppate, dovuto in parte a decalcificazione del tessuto osseo ed in parte a rigogliosa proliferazione degli elementi del midollo, che a poco a poco prende il posto della sostanza ossea. Mentre il rachitismo è proprio della prima età e comune in modo eguale ai due sessi, l'osteomalacia colpisce a preferenza gli adulti e quasi esclusivamente le donne nel pieno sviluppo della vita generativa.

Questa malattia era già nota, molto vagamente, ai medici greci ed arabi: solo al principio di questo secolo il Kilian fece noti i suoi studi e ne diede una descrizione completa. Dopo di lui le pubblicazioni si moltiplicarono ed importanti sono quelle del Litzmann, dell'Henning e recentemente del Latzko

La osteomalacia insorge in generale durante la gravidanza, il puerperio, l'allattamento, raramente già dopo le prime ovulazioni. A puerperio od allattamento finito per lo più subisce una notevole remissione per esacerbarsi di nuovo nello stato di gravidanza successivo, finchè in ultimo finisce per rendersi stabile e continuare anche all'infuori

della gestazione. Regolarmente le donne osteomalaciche sono molto feconde e concepiscono perfino negli stadî avanzati della malattia, allorchè esiste palese scadimento di tutte le funzioni organiche.

Di solito viene a conoscenza per le difficoltà che apporta al meccanismo del parto e nella distocia, si può dire, consiste quasi tutta la sua gravità. Per la mollezza delle ossa, la pressione dei femori respinge i cotili all'interno, all'indietro ed in alto, donde il restringimento del bacino prevalentemente nel diametro trasverso e l'allungarsi a rostro dell'arcata pubica. In seguito il peso del tronco sollecita in avanti la parte basilare del sacro e nello stesso tempo lo abbassa nella escavazione pelvica, talchè sotto queste due forze lo stretto superiore assume la forma del tutto caratteristica di cuore di carta da giuoco. In ultimo per effetto del lungo stare a sedere, proprio delle osteomalaciche, alle suddette deformazioni se ne aggiunge una terza, cioè la forte inclinazione verso l'avanti dell'estremità inferiore del sacro. Gli è così che il bacino diviene sempre più stretto, i parti più laboriosi, fino a tanto che si rende necessario il taglio cesareo.

Quello che è caratteristico della malattia nel suo inizio è lo stato di contrattura dei muscoli adduttori della coscia. Inoltre fu osservato quasi costantemente l'aumento del riflesso patellare (Trousseau) e l'ovaralgia doppia (Senator). A malattia avanzata, l'andatura anche nell'osteomalacia è tipica. L'inferma per evitare ogni scossa sembra strisciare sul terreno, ed avendo gli acetaboli spostati in dentro ed in dietro, mantiene l'equilibrio solo coll'inclinare il corpo in avanti e coll'immobilizzare le coscie. A malattia molto inoltrata, la deambulazione è resa impossibile; ogni più piccolo movimento, ogni più lieve pressione cagiona strazianti dolori e la donna, ridotta in un ammasso informe di carne, è costretta a sedere continuamente in letto, finchè avviene la morte o per marasma o più presto per intercorrenze morbose.

Tra le cause occasionali di essa, senza dubbio le più importanti sono la gravidanza e l'allattamento. Pare inoltre che agevolino il suo sviluppo le condizioni igienico-dietetiche sfavorevoli e la vita sedentaria in abitazioni umide e poco aereate. Però in queste influenze non va ricercata certo la causa essenziale della malattia.

Sulla natura intima della osteomalacia siamo ben lungi da un accordo completo, nè ancora è bene stabilito se si tratti veramente di una entità morbosa a sè, o non piuttosto di stati patologici differenti

in rapporto con diversi momenti etiologici ed aventi solo per risultato comune il rammollimento delle ossa. Il rinvenirsi la malattia in modo certo anche nell'uomo e l'esser facile a verificarsi altresì nelle donne che non hanno partorito, conferirebbe, secondo alcuni, attendibilità a questa seconda ipotesi, avvalorata anche dalle ricerche anatomo-patologiche del Virchow (1), il quale distingue tre forme della malattia, secondo l'aspetto che presentano le ossa, e cioè: una *varietà rossa,* altrimenti detta iperemica od infiammatoria; una *varietà gialla,* caratterizzata dall' abbondanza di grasso, che si osserva sopratutto nell' età avanzata, ed una *varietà gelatiniforme,* contraddistinta da una sostanza gelatinosa contenente un peculiare albuminato.

Varie furono le teorie proposte per ispiegare il processo onde si effettua la perdita di sali calcarei. Dapprima si credette che il rammollimento osseo fosse dovuto a manchevole introduzione della calce con gli alimenti, il che non è consentaneo al vero, poichè l'alimentazione peggiore contiene sempre più calce di quella che serve ai bisogni dell'organismo. Poi si ammise che la calce degli alimenti non venisse convenientemente fissata dalle ossa. Di questa ipotesi manca qualunque prova sperimentale. Or non è molto si suppose che la malattia, come per il gozzo, fosse in rapporto con l'acqua potabile di certe regioni, ma i risultati di questi studi non fecero certo progredire la questione. In seguito si credette che una parte importante sul processo di decalcificazione fosse da attribuire all'eccessiva formazione di certi acidi nell'organismo (acido lattico, acido ossalico) ed alla conseguente diminuita alcalescenza del sangue. Contro tali ipotesi, però, parlano gli esperimenti sugli animali, in cui con grandi e protratte dosi di acidi si ebbero sempre risultati negativi. Inoltre nelle urine delle osteomalaciche non si riscontrò giammai traccia degli acidi suddetti, nè aumento nell'eliminazione dell'ammoniaca, come avviene sempre quando cresce la formazione degli acidi nell'organismo. Di più Max Levy dimostrò che l'acido lattico non ha il potere di sciogliere il fosfato di calce, che è quello che dà consistenza alle ossa ed il Virchow asserisce che non vi ha bisogno di acidi eccezionali nell'organismo, perchè la calce abbandoni l'osso, bastando se mai l'acido carbonico che si trova sciolto nel sangue.

---

(1) Società medica di Berlino. Tornate del 20 Gennaio, 3 e 10 Febbraio 1897.

Nel 1887 il Fehling sull' osservazione che quasi tutte le osteomalaciche sino allora operate di taglio cesareo demolitore erano guarite ancora della malattia, mentre che di dodici donne osteomalaciche operate di taglio cesareo conservatore, negli ultimi 60 anni, due sole avevano risentito miglioramento (Baumann) e, sulla guarigione ottenuta in una osteomalacica non puerpera con la castrazione, fece risaltare i vantaggi che il metodo demolitore presentava, spiegandoli sempre con la rimozione delle ovaia « nella cui attività patologicamente accresciuta deve ricercarsi l'essenza del processo morboso osteomalacico. » Conseguentemente a ciò pose la teoria essere l'osteomalacia « una vera trofoneurosi riflessa del sistema osseo con il suo focolaio di riflessione nell'ovaio. » Anche per il Virchow il processo osteomalacico si riannoderebbe con disturbi neurotici. Egli pensa che non si tratta di decalcificazione pura e semplice delle ossa e che sia un errore parlare sempre del modo come avvenga la perdita di sali calcarei, poichè nel processo è sopratutto interessato il midollo osseo. Siffatta dissoluzione, secondo lui, non avviene se non quando il tessuto osseo è alterato e quindi incapace di ritenere più oltre la calce che ad esso è combinata. Stando al Reklinghausen invece, la osteomalacia sarebbe una malattia infiammatoria per la quale viene a mancare l'equilibrio fra la rigenerazione e la distruzione del tessuto osseo, con predominio del processo di distruzione, specialmente nelle ossa più esposte alla pressione. Certo, qualunque spiegazione si voglia dare alla malattia, il midollo delle ossa ha un' importanza grandissima.

Nel 1892 il Petrone (1), riprendendo un concetto già espresso dal Winckel, dall' Eichorst e da altri, che l'affezione sia di natura parassitaria, emise sulla natura del processo osteomalacico una nuova teoria, cui dava sanzione clinica e sperimentale. In breve per il Petrone il vero fattore patogenetico dell'osteomalacia non è che il fermento nitrico (*fermentum nitricum*, scoperto dal Winogradowsky nel suolo) e la malattia non altro che un processo di pura nitrificazione, che si compie nell' interno dei tessuti. La riprova ne sarebbe la presenza dei sali dell'acido nitroso nelle orine dei cani inoculati con culture pure del fermento stesso ed in quattro donne osteomalaciche osservate. Le influenze del clima, delle abitazioni umide e poco arieggiate, del regime

(1) *Riforma medica*, 1892, vol. II, pag. 28 e segg., vol. III, pag. 147 e segg.

dietetico, ecc. non sarebbero che condizioni predisponenti secondarie. Conformemente a ciò, per la spiccata azione che il cloroformio spiega contro il microrganismo della nitrificazione (Schlösing, Müntz, Warington, Petrone, ecc.), egli venne nella convinzione che i vantati casi di guarigione ottenuta vuoi con l'operazione del Porro, vuoi con la semplice castrazione, non fossero che effetto dell'impiego del cloroformio nell'eseguire l'atto operativo. Nei casi di questa malattia da lui osservati, il benefizio della semplice cloronarcosi fu così rapido e completo da fargli preconizzare nel cloroformio il vero specifico contro l'osteomalacia. In seguito, per rendere il trattamento da lui vantato più accetto alle inferme, sostituì alla cloronarcosi la somministrazione prolungata del cloralio (gr. 2 al giorno per tre settimane consecutive), fondandosi sull'identico modo di comportarsi di queste due sostanze rispetto al fermento della nitrificazione e principalmente sulla scomposizione in cloroformio che il cloralio subisce a contatto delle basi alcaline del sangue attraverso il torrente circolatorio. L'Arcangeli (1) trovò un termine di accordo fra la nuova teoria e quella del Fehling nell'ipotesi che il germe nitrificante possa vivere saprofita nella cavità dell'utero ed in quella vescicale, avvelenando di qui co' suoi prodotti tutto l'organismo: cosicchè verrebbe a comprendersi il valore dell'amputazione utero-ovarica e del cloroformio.

Ma il non aver mai ritrovato alcun microrganismo nelle ossa, nel sangue, nell'utero e nelle ovaia delle osteomalaciche (Löhlein ed altri), il non aver mai potuto, colle iniezioni di grandi e ripetute quantità di coltivazioni pure del *fermentum nitricum* riscontrare alcuna deformazione delle ossa negli animali (cagne), nè alcun dolore alla pressione che facesse sospettare anche lontanamente un incipiente processo osteomalacico (Curatulo, Tarulli, ecc.), di più i risultati negativi quasi unanimi avuti dall'impiego del cloroformio per inalazione e del cloralio per bocca (Bossi, Morisani, Latzko, Trotta, Campione, Truzzi, ecc.), infine l'essere la reazione indicata dal Petrone e data da lui come patognomonica, nient'altro che effetto della fermentazione dell'urina, tutto ciò fa cadere l'ipotesi messa avanti dal Petrone e fa dubitare assai che la malattia sia di natura parassitaria.

E però fra tutte le teorie proposte per ispiegare la patogenesi

---

(1) Società lancisiana degli ospedali di Roma. Tornata del 7 Marzo 1895.

dell'osteomalacia, come che alcune siano molto ingegnose ed assai bene in armonia con le moderne vedute circa l'origine dei morbi, quella che più sembra rispondere al vero e che ha dato maggiori risultati terapeutici, è senza dubbio la teoria ovarica del Fehling. La ablazione degli ovarî reca alla donna osteomalacica se non sempre, per lo meno nel maggior numero dei casi, guarigione così rapida e completa, che fra la glandula muliebre sessuale e la osteomalacia non può non vedersi un intimo rapporto.

Il Curatulo ed il Tarulli (1), partendo da questo fatto, di recente hanno condotto a termine una serie di ricerche intorno all'influenza dell'ablazione dell'ovaia su tutto il ricambio organico, riscontrando costantemente diminuzione considerevole nella eliminazione dei fosfati dopo l'ovariectomia doppia ed aumento notevole di essi dopo l'iniezione di succo ovarico nel cellulare sottocutaneo degli animali castrati (cagne e femmine del *mus musculus*). Sulla scorta di questi risultati modificarono la teoria del Fehling nel senso che le ovaie non rappresentano il momento etiologico dell'osteopatia in discorso, ma abbiano, come altre glandole dell'organismo, secondo la dottrina del Brown-Sequard, una speciale secrezione interna per la quale venga immesso nel sangue un prodotto secretivo, d'ignota costituzione chimica, atto a favorire l'ossidazione così degli idrocarburi e dei grassi, come delle sostanze organiche fosforate. Ne segue quindi che con l'ablazione delle glandole sessuali muliebri, alla stessa maniera che nell'assenza della formazione loro (Marro, Bein, Rabuteau, Dmitri, De Ott, ecc.), cioè prima della pubertà e dopo la menopausa, si ha insieme ad accumulo considerevole di adipe nei tessuti, una maggiore ritenzione del fosforo organico, donde un maggior deposito nelle ossa di sali calcarei sotto forma di fosfato calcico e magnesiaco ed il ripristinamento della solidità normale dello scheletro e la scomparsa dei dolori ossei. Anche il Truzzi, dopo accurate indagini sperimentali sul ricambio materiale in donne osteomalaciche prima e dopo la castrazione, è indotto a ritenere che in seguito a tale atto operativo tendono a diminuire i processi di disassimilazione con vantaggio per la ricostituzione organica delle pazienti. Se poi noi osserviamo anche superficialmente i cangia-

(1) R. Accademia medica di Roma, 28 Aprile 1895 e 29 Giugno 1896. — II Congresso della Società italiana di ostetricia e di ginecologia in Roma, 30 Ottobre 1895.

menti che avvengono, specie nello scheletro, degli eunuchi e degli animali castrati, è facile convincerci dell'influenza grande che le glandole sessuali esercitano sul sistema osseo.

Quello adunque che per ora si sa di certo sull'osteomalacia, si può riassumere in poche parole: distruzione del tessuto osseo, degenerazione jalina dell'ovaio e dei vasi, aumento delle cellule eosinofile e dell'alcalinità del sangue, aumento nella eliminazione dei fosfati e rapporto fra la gravidanza, il parto, l'allattamento ed il decorso della malattia.

Stando ai risultati ottenuti dai diversi operatori nella osteomalacia, si ha una percentuale di guarigione di oltre l'85 0[0 con una mortalità post-operatoria del 5.4 0[0, mentre sopra 179 osteomalaciche curate con gli ordinari compensi, esistono solo sei guarigioni ben accertate. Il confronto di queste cifre è la riprova più chiara della bontà del metodo ed il più bell'elogio pel Fehling.

Naturalmente non sempre è da ricorrere alla ooforectomia. Nei casi incipienti si può ottenere un buon risultato già col semplice miglioramento delle condizioni igieniche e dietetiche. Qui la cura medica è perfettamente razionale; ed il fosforo come pure l'arsenico sono indicatissimi per le proprietà che possiedono d'indebolire nell'organismo i processi di ossidazione. Se la malattia è associata a gravidanza, noi informeremo la nostra condotta secondo lo stato del bacino. Nei casi in cui la distocia sia divenuta tale da rendere impossibile il parto spontaneo di un feto maturo vivente, la castrazione s'impone non solo per porre un riparo alla malattia, ma anche per impedire nuove gestazioni. Nei casi gravi, anche fuori della gravidanza, è consigliabile la castrazione, che è l'unico mezzo che interrompa il corso della malattia e porti la guarigione. Si farà eccezione a questa regola solo quando, sopraggiunta od imminente la menopausa, non si possa più aspettare un concepimento, o quando l'inferma sia troppo deperita da osare l'apertura del ventre, ovvero l'osteomalacia sia complicata a qualche altra grave affezione (bronco-polmonare, cardiaca, renale, ecc.).

Quanto alla scomparsa delle sofferenze osteomalaciche, i risultati immediati furono quasi sempre favorevoli, talora meravigliosamente pronti, ancora nei casi in cui le donne dopo il taglio cesareo, si trovarono nella necessità di allattare i proprî nati (Chiarleoni, ecc.), il che dimostra vieppiù la bontà del metodo. L'effetto remoto però, verificato

a distanza di uno o più anni dall'operazione, in media fu un po' meno favorevole, essendosi avuto il 15 0[0 di guarigioni incomplete o mancate. L'osservazione del resto che alcuni casi di osteomalacia non guariscono colla castrazione, non ne infirma il valore, poichè è ovvio che nei casi gravissimi, non possano più verificarsi nel metabolismo organico le modificazioni sufficienti a ristabilire la solidità normale dello scheletro e la salute dell'inferma. Osservazioni recenti starebbero ancora a dimostrare che, rimovendo in un colle ovaia anche l'utero, sia più facile ad avverarsi la guarigione.

Nelle nostre due osteomalaciche, già pochi giorni dopo l'atto operativo si produsse miglioramento notevolissimo, il quale progredì al punto, che quando uscirono dall'ospedale il cammino era facile e la stazione eretta senza dolori. Nè il miglioramento era da attribuire alle condizioni igieniche e dietetiche più vantaggiose dell'ospedale, poichè la donna del caso 4.° cominciò a migliorare subito dopo la castrazione mentre i dolori non avevano accennato a diminuire prima del parto, malgrado fosse nell'Ospedale da due mesi. Inoltre tale è stata la rapidità ed il grado dei risultati ottenuti che, sebbene secondo il Winckel non sia prudente di pronunziarsi sul valore curativo della ovariectomia doppia prima che almeno un anno sia trascorso dall'operazione, pure nei nostri casi vi è lusinga che il benessere progredirà sino al punto da raggiungere la guarigione completa.

Oltre che nelle osteomalaciche, noi siamo profondamente convinti che la indicazione della castrazione esista chiaramente anche nelle distociche rachitiche, non solo per ragioni ostetriche, ma pure umanitarie. Non è carità salvare la donna da un pericolo imminente, per risottoporvela a breve scadenza. Perchè il cesarizzare di continuo ed a termine fisso una donna, oltre ai pericoli di una rottura dell'utero in una nuova gravidanza, ecc. non ci pare il migliore ufficio del medico. Ora se è desiderio dell'arte salvare la donna dalla morte, senza che ne soffra diminuzione nella sua vita generativa, non è meno razionale però quel processo che la mette per sempre al sicuro da successive bufere. Nè ci deve pungere il rimorso della soppressa facoltà di riproduzione in queste donne per poco che si pensi che non possono procreare figli organicamente bene costituiti.

Oltre agli ovari, in quattro casi fu amputato l'utero secondo il Porro: solo nel 2.° fu conservato e la donna perì in 16.ª giornata. Qui

giova però ricordare che la donna fu sottomessa a ripetute manovre per le vie naturali prima di entrare nell'Ospedale e che appunto in questo caso, nel dubbio di una contaminazione dell'utero, ne era indicata l'asportazione.

Nel taglio cesareo il più delle volte d'urgenza, è difficile poter prendere tutte le disposizioni come nelle altre laparotomie. Il campo operativo fu da noi sempre preparato con la tricotomia, col prolungato nettamento meccanico, mediante spazzola e sapone, strofinatura di batuffoli imbevuti di alcool e con lavaggi di sublimato 1 0|00. Inoltre speciale attenzione fu posta nel disinfettare la vagina, la vulva e le adiacenze. Aperto l'addome, secondo il Müller, si sgusciò sempre l'utero, richiudendo provvisoriamente, sopra di esso, l'ampia breccia addominale, e proteggendola ancora, per maggior precauzione, con spessi strati di garza calda. La più grande probabilità di sventramento, a causa della più ampia incisione, è di gran lunga compensata dalla facilità e speditezza che si acquista operando ad utero completamente esposto e dalla certezza di evitare spandimenti di sangue e di liquido amniotico nel peritoneo, che per lo meno sono sempre un *pabulum* favorevole alla infezione. Nessuna difficoltà si provò mai ad estrarre l'utero gravido dal ventre. L'apertura di esso si praticò nella linea mediana della sua faccia anteriore, centrificando all'uopo l'organo. In due casi si cadde sulla placenta *(placenta praevia cesarea)*, che fu pure rapidamente incisa senza inconvenienti di sorta; lo che conferma press'a poco la regola che una volta su tre l'incisione cade sulla zona placentare.

Solo nel caso 2.° si applicò il laccio elastico prima di aprire l'utero. Tolto il laccio non si ebbe alcuna anormale perdita di sangue, tanto che si fece a meno di qualsiasi altro mezzo emostatico. Del resto ci siamo convinti, dietro l'osservazione degli altri casi, che, in qualunque periodo s'intervenga, l'emorragia s'arresta da sè dopo l'estrazione del feto e crediamo che per l'operazione del Sänger si possa benissimo omettere il laccio elastico preventivo per non determinare disturbi derivanti dalla probabile paralisi vasomotoria che ne può conseguire.

In quattro delle nostre donne non si potè intervenire che ad acque completamente scolate, ed in due già da un bel pezzo. Nondimeno non si ebbe a verificare alcun guaio così da parte del feto, come da parte della madre.

Nel caso 2.° non si escise di sbieco, come vuole il Sänger, una listerella di muscolo uterino, ma si procurò l'addossamento immediato delle superfici cruente e delle sierose alla Czerny-Lembert. Invece si pose ogni attenzione nel disinfettare per bene la cavità dell'utero mediante batuffoli di cotone imbevuti di sublimato, ma pur troppo ci siamo convinti che tale pratica è insufficiente se l'utero è già infetto: il metodo del Porro è il solo che preserva da qualunque pericolo a questo riguardo. Per le stesse ragioni ci sembra del pari superfluo lo zaffamento dell'organo dopo l'operazione conservatrice con striscie di garza alla Dührssen, come pure il fognamento di esso con tubi pescanti in vagina.

In quanto al modo di effettuare l'amputazione dell'utero e de' suoi annessi nei casi 1.°, 3.°, 4.° e 5.°, noi ci attenemmo sempre, salvo lievi modificazioni, al metodo proposto dal Porro nel 1877, e adottammo sempre il trattamento extraperitoneale del peduncolo secondo l'Hegar, come quello che ci ha sempre corrisposto ottimamente anche nella cura dei fibromiomi uterini. Per laccio elastico adoperammo un comune tubo di gomma piccolo e la sezione del moncone portammo a conveniente distanza (2 cm. circa) dal sito di costrizione del laccio, fissando il picciuolo all'esterno per mezzo di due robusti spilloni metallici infitti subito al di sopra del cingolo allo scopo d'impedire un possibile scivolamento tardivo del laccio stesso. Per fissare il moncone al peritoneo parietale non si ebbe mai bisogno di ricorrere a trazioni energiche su di esso e si adoperarono soltanto quattro punti, uno per lato, uno in basso e l'ultimo in alto. Per mummificare il peduncolo, vi applicammo sopra costantemente ed abbondantemente polvere di jodoformio e di tannino a parti eguali. Per allontanare poi qualunque materiale di sfacelo che potesse derivare dal peduncolo, zaffammo accura tamente con stuelletti di garza asettica la doccia a bella posta lasciata tutt'attorno al picciuolo, risultante dall'aver fissato questo solamente al peritoneo parietale e non anche all'aponevrosi ed alla pelle.

L'affondamento del peduncolo, specialmente dopo le modificazioni apportatevi dallo Schroeder, Zweifel e Ruggi, se può essere commendevole nell'amputazione sopravaginale dell'utero per fibromiomi, non è per noi indicata dopo il taglio cesareo demolitore, avendo qui da fare con donne più volte esplorate, in condizioni quindi di non sicura asepsi. Con questo metodo si hanno due sorgenti d'infezione, la pene-

trazione dei germi nel peritoneo pel tramite del canale cervicale e la eventuale necrobiosi di certe porzioni di tessuto uterino, più o meno rilevanti secondo il modo di trattare il peduncolo, la quale costituisce un terreno propizio all'innesto di germi infettivi. Un altro inconveniente proprio del trattamento intraperitoneale, è la richiesta legatura separata, diligente, scrupolosa di tutte le bocche vascolari esistenti sulla superficie di sezione e la difficoltà di una perfetta emostasi prima di passare all'affondamento del moncone ed alla chiusura dell'addome, essendo la vascolarità dei tessuti maggiore dopo l'operazione cesarea che dopo la cura dei tumori uterini. Niente affatto commendevole è il processo dell'Olshausen (affondamento del peduncolo col laccio elastico), da alcuni (Bossi) raccomandato nei casi urgenti, perchè abbandona nel cavo addominale un moncone tutto preparato alla necrosi ed un laccio elastico con tendenza fatale ad essere eliminato; e neppure il processo del Frank, modificato dal Frascani, consistente nell'arrovesciare il moncone uterino in vagina, come quello che non difende meglio dall'entrata dei germi e dura quanto il metodo comune extraperitoneale.

È vero che la cura consecutiva dopo la fissazione del moncone all'esterno è costantemente lunga ed obbliga la donna ad una protratta degenza in letto ed a medicazioni frequenti ed accurate, mentre che, affondato il peduncolo nella cavità addominale, la cura post-operativa è ridotta presso che a nulla ed il periodo di guarigione grandemente abbreviato. È vero altresì che la fissazione esterna del picciuolo e la retrazione di questo deformano non poco la estetica delle pareti addominali, laddove il trattamento intraperitoneale, lasciando sul ventre solo una cicatrice lineare e sottile, non altera sensibilmente la configurazione naturale delle forme corporee. Ma che vale tutto ciò in confronto della maggiore sicurezza di riuscita? E cos'è un piccolo infossamento delle pareti addominali, sopra il pube o un leggero sventramento in donne cotanto deformate dalla malattia che indicò il taglio cesareo? Anche l'ablazione totale dell'utero con lo stesso metodo che il Martin suggerì per l'estirpazione dell'utero miomatoso o carcinomatoso fu compiuta pel parto cesareo (Fritsch, Bossi, Pinard, Segond, ecc.). Sebbene la demolizione completa dell'utero risolva la questione del trattamento extra ed intraperitoneale, sopprimendo qualsiasi peduncolo, tuttavia bisogna convenire che va congiunta a difficoltà di tecnica maggiori e che l'impresa più ardua comincia appunto dopo l'allonta-

namento del feto, quando cioè l'operazione del Porro si può quasi dire finita. Perciò l'atto operativo viene ad essere da tal processo grandemente prolungato, mentre nelle circostanze che richiedono il parto cesareo per solito s'impone un rapido intervento. Inoltre va considerato che l'apertura della vagina e l'ampia comunicazione di questa con la cavità peritoneale, durante l'operazione rappresentano un serio pericolo non essendo certo la vagina asettica. In un caso solo noi riteniamo indicato il processo del Martin, ed è quando la gravidanza sia complicata a fibroma od a cancro della cervice uterina.

La cura consecutiva al taglio cesareo, fu per noi la stessa che dopo ogni laparotomia. Come questa fu essenzialmente negativa e solo diretta a far sì che i processi di riparazione si svolgessero normalmente, a impedire che i secreti della ferita addominale divenissero una sorgente d'infezione, ed a sostenere i poteri vitali con una dieta conveniente. Si ricorse al cateterismo della vescica solo nel primo giorno; in seguito se ne fece a meno e le donne non notarono mai difficoltà nella minzione. E non vi fu bisogno che in un caso (2.°) di ricorrere ad un purgante, avendo avuto le altre operate il beneficio del ventre due o tre giorni dopo l'operazione.

In quanto alla medicatura, essa si rinnovò piuttosto spesso nei casi di operazione del Porro.

Nel caso 2.° fummo costretti a riaprire il ventre per cercare di porre riparo in qualche modo alla peritonite. È difficile in casi di complicazioni settiche determinare quanto conviene attendere e quando riaprire il ventre, tanto più che molte volte la peritonite si svolge subdola, e, quando è chiara, è troppo tardi come appunto nel caso nostro, in cui mancò il vomito ed il singhiozzo e non esistè che la febbre e la diarrea.

In tutte le nostre operate il distacco del peduncolo avvenne sempre spontaneamente, senza reazione locale e senza risentimento peritoneale, fra la 12.ª e la 16.ª giornata, in un tempo cioè un poco inferiore alla media stabilita dagli operatori, lasciando dietro di sè una cavità piccola nella parete del ventre, comunicante qualche volta con la vagina, che cicatrizzò per seconda intenzione.

Le nostre operate non ebbero ad avvertire mai in progresso di tempo, disturbi dovuti sia ad alterato circolo intestinale, per l'eventuale entrata e strozzamento di anse in qualche tasca peritoneale for-

mata dalla fissazione del segmento inferiore dell'utero alle pareti addominali, sia a spostamenti ed alterazioni nei rapporti anatomo-topografici dei visceri addominali, principale fra tutte la riduzione di spazio in cui normalmente deve espandersi la vescica urinaria, sia infine a stiramento nella posizione eretta determinato dal moncone uterino. Certamente la resistenza offerta dalla linea alba nel punto di aderenza del peduncolo non è da paragonarsi a quella che si ottiene con la sutura a strati. Noi non abbiamo finora verificato nei nostri casi sventramento di sorta; qualora questo si avverasse, un secondo ed innocuo intervento vi porrebbe subito riparo. È superfluo ricordare infine che è lontano il pericolo della formazione di una fistola addomino-vaginale per la distanza considerevole che corre tra l'epitelio del canale cervicale e l'epidermide della parete addominale, che difficilmente così riescono a venire a contatto.

Se da ultimo guardiamo ai risultati ottenuti, sebbene avrebbero potuto essere migliori qualora avessimo dato la giusta importanza alle condizioni nelle quali si presentò a noi la paziente nel 2.° caso, ed avessimo praticato una Porro, essi però in complesso sono tutt'altro che sfavorevoli, poichè di dieci vite ne furono salve nove.

Concludendo adunque questo lavoro, diremo che, trovandoci nel caso di dover procedere all'operazione cesarea, ciò è secondo noi nelle donne rachitiche ed osteomalaciche con relativa stenosi pelvica, ci atterremo sempre al processo del Porro con trattamento esterno del peduncolo, come a quello il quale offre garanzie di salvezza per la madre maggiori di qualunque altro metodo e riunisce alla rapidità di esecuzione il maggior risparmio possibile di sangue, momenti non certo da trascurare, trattandosi sempre di donne da natura malate e rese ancora meno resistenti dal travaglio del parto per lo più prolungato.

Massa, Marzo 1898.

Sulla competenza degli ostetrici nella pratica ginecologica

Lettera aperta al Sig. Prof. Luigi Mangiagalli
Direttore dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico nella R. Università di Pavia

Per la riunione della Società Italiana di ostetricia e ginecologia tenuta a Roma nel 1896, erasi annunciata una relazione sul tema: *Se per lo studio e per la pratica razionale della ginecologia sia necessaria una seria e continuata educazione ostetrica.* Per l'assenza del relatore la questione non fu potuta trattare, ma la giustizia di quel concetto parve così ovvia, che, su proposta del prof. Chiarleoni, fu deliberato di non ripresentarla in una nuova riunione, non potendosi, per chiunque sia competente negli studi medici d'oggi, nemmeno supporla discutibile ancora.

Questo voto, che è senza dubbio nella coscienza di tutti gli studiosi di cose mediche, i quali giudichino senza preconcetto d'interessi particolari, mi è più volte tornato alla mente in una recente vertenza sull'ordinamento di questo Ospitale di Bergamo, a proposito appunto del servizio ostetrico e ginecologico.

Ed essendosi agitata qui in ispecial modo la questione di principio, credo non sia inutile, per coloro che si occupano della specialità, il conoscere come quei concetti appunto, che il sereno giudizio scientifico non crede più discutibili, possano esserlo invece laddove l'artificio della discussione può ancora fuorviare le opinioni per interessi niente affatto imparziali, e come sia necessario salvaguardare i diritti acquisiti dal merito scientifico e tecnico dei nostri maestri e col lavoro di tutti.

Mi permetta soltanto di esporre qualche notizia particolare riguardo alle condizioni locali che hanno dato luogo alla questione in discorso, sia perchè ciò è necessario per farsi un concetto dell'ambiente speciale, sia perchè gli stessi fatti potrebbero rinnovarsi, in simili condizioni, purtroppo anche altrove.

Questo Ospitale di Bergamo, riorganizzato nel 1895 sulla base razionale della distinzione per specialità, possiede quattro divisioni principali: Medicina, Chirurgia, Ostetricia, Oculistica, dirette ciascuna da un medico primario nominato per concorso. Allo inizio della attuazione di questo organico, il collega di chirurgia si era già da qualche anno

(mancando un incaricato speciale) occupato anche della parte ginecologica, ed aveva ottenuto di riunire in una sala *esclusivamente a ciò destinata*, tutte le forme chirurgiche delle affezioni dei genitali femminili. Ond'è che una giusta deferenza personale verso di lui, persuase il Consiglio di amministrazione a lasciargliene l'incarico — nonostante che già la Direzione, in ripetuti rapporti, avesse lodevolmente dimostrata la necessità di fare della ginecologia un Comparto speciale, ed il Consiglio provinciale sanitario avesse, fin d'allora, dato parere sulla opportunità di annettere la ginecologia al nuovo Comparto di Maternità — riservandosi in avvenire di decidere la questione in modo definitivo.

Rispettoso del diritto acquisito dal collega di chirurgia, io m'adattai fin ch'egli visse, ad un accordo personale che mi permise di fare, pur nonostante, parecchi importanti atti operativi; ma sopravvenuta la sventura della sua perdita, e libera quindi l'Amministrazione da ogni altro impegno, io feci domanda che il servizio della ginecologia venisse definitivamente aggregato al Comparto Maternità. Domanda, oltre tutto, giustificata dal fatto che per tre anni, alla Clinica di Firenze, avevo avuto agio di accumulare titoli di istruzione e di pratica ginecologica sotto la direzione dei miei illustri maestri, i prof. Chiara e Pestalozza; che per altri tre anni (ottenuto per concorso un posto di perfezionamento nella specialità) studiai ginecologia nelle più note scuole dell'estero; che al concorso al posto attuale — giudicato da una commissione della quale facevano parte i prof. Porro e Calderini — presentai titoli in grande prevalenza di ginecologia; che nel recente concorso per *Ostetrico* e *Ginecologo Primario* in Alessandria fui tra i proposti; e che, per quanto mi fu possibile, ho accumulato ormai una notevole e svariata serie di atti operativi con esiti dei più fortunati (Vedi nota).

***

Oltre alla questione tecnica, due altre dovevano giustamente aver peso sulla decisione del Consiglio: la *ragione amministrativa*, e quella d'*ordine interno*. E ad eliminare la prima, io dichiarava d'accettare senz'altro la sala *fino allora riservata esclusivamente alla ginecologia* (sala che, essendo in diretta comunicazione col mio Comparto, non richiede adattamento di sorta); di mantenere lo stesso mio personale (un assistente effettivo, un volontario, una levatrice effettiva ed una praticante); rinunciare a qualsiasi compenso, ed essermi, la ottima sala operatoria e l'armamentario, sufficientissimi, come già con moltissime operazioni avevo sperimentato.

Per le *ragioni d'ordine interno*, basti il dire che, mentre il Comparto medico accoglie annualmente circa 2600 malati, compresi i bambini, l'oftalmico 800, ed il chirurgico 1700, quello di ostetricia non ne

ha in media che appena 100, perchè sia evidente la sproporzione del lavoro e la eccessiva povertà di quest'ultima sezione.

A ragioni di opportunità, di convenienza, e di giustizia così evidenti, un collega si opponeva per ragioni di tattica che è qui inutile indagare, sotto la veste del paladino di un principio e delle minacciate attribuzioni chirurgiche! A parte affermazioni tutto affatto gratuite, vertenti specialmente su questo punto: che cioè non si potesse nelle condizioni nelle quali io lo accettavo, soddisfare allo incarico, — affermazioni evidentemente senza valore, poichè se anche un numero notevole delle più gravi operazioni ginecologiche non avessero già dimostrato il contrario, chi assume un servizio ne è il solo responsabile e alle sue possibili deficienze l'Amministrazione potrebbe pur sempre provvedere altrimenti — la opportunità di una più razionale distribuzione del lavoro era troppo evidente perchè si potesse contestare con qualche apparenza di serietà, anche senza tenere conto dei lamenti più volte presentati dal defunto collega per l'eccessivo materiale suo, che gli aveva perfino reso necessario di domandare due aiuti in luogo di un solo.

Nè più forte era la ragione che un siffatto comparto chirurgico perda d'importanza, privato della ginecologia, per chi sa quale vastissimo campo rimanga ad un chirurgo valente e coscienzioso e quanto lavoro possa presumersi con un movimento annuo di 1700 ammalati!

Epperciò la opposizione si poggiava in ispecial modo sulla questione d'ordine tecnico, concentrando tutto lo sforzo della dialettica a dimostrare come, anche in tesi di massima, la mia domanda non rappresentasse che la più strana ed incomprensibile delle pretese degli ostetrici in genere. Le faccio grazia di quegli argomenti polemici, poichè sono convinto basti qualche periodo di saggio per dimostrare come non ne valga la pena.

« Gli ostetrici, si è detto, *da pochi anni in qua,* si agitano per po-
» tere convincere gli amministratori come le malattie dell'utero e del-
» l'ovaia non spettino nè al chirurgo nè al medico, ma che sieno so-
» lamente di spettanza ostetrica: in poche parole, secondo loro, non
» sono che gli ostetrici oggigiorno che sanno curare bene e operare
» meglio un utero o un ovaio (!?).... ben *pochi* spedali sono caduti
» nella *rete* che vanno loro tendendo gli ostetrici....

« ..... E per verità, per compiere quelle **poche** operazioni che
» conta la ginecologia, è necessario un tecnicismo speciale? »

E di questo passo si arriva fino a questa sorta di logica e di conclusioni: « Se il Consiglio d'Amministrazione dicesse: non voglio che
» il chirurgo primario tocchi l'utero, le ovaie, ciò spetta all'ostetrico;
» io risponderei: allora una donna gravida che ha una frattura della
» gamba, datela all'ostetrico » ?!!

E altrove: « La domanda si motiva perchè le malattie dell'utero e

» annessi spettano all'ostetrico. E allora anche i carcinomi della mam-
» mella nella maternità? Davvero che *tale idea fissa che hanno gli oste-*
» *trici* non si può assolutamente capire. »

In vero, dopo tutto ciò, chi vorrebbe prendersi il difficile compito di riescire ad una simile persuasione?

Certo che qualunque persona competente in materia non potrebbe essere minimamente impressionata da ragioni di tal genere: ma tutto ciò si scrive per far sorgere il dubbio negli amministratori di un istituto ospitaliero, i quali, anche quando per il loro intelligente buon senso e per le loro cognizioni abbiansi formata una opinione personale, possono trovarsi nel caso di desiderare che ogni discussione sia troncata da un giudizio di persone estranee di presumibile autorità e competenza.

Io vidi quindi di buon occhio che l'Amministrazione di questo Ospedale ricorresse a tale partito dignitoso e giustissimo, sottoponendo la questione — se non ad uno, a più professori della materia, come i veri giudici naturali — al giudizio di una Facoltà medica.

E difatti, posto il quesito della maggiore *presumibile* competenza ginecologica di un ostetrico o di un chirurgo; della maggiore affinità degli studi e della tecnica diagnostica ed operativa: come negare il principio di prevalenza del primo, oggi che la ginecologia è insegnata nelle sole Cliniche ostetriche, e da professori di ostetricia; che i migliori trattati classici sono scritti da ostetrici, e che il più recente dello Schauta, riunisce sotto il titolo della ginecologia tanto la fisiologia che la patologia degli organi genitali femminili? Che quasi nessun trattato di chirurgia generale comprende la parte ginecologica; che lo stesso nostro ordinamento ufficiale riunisce la ostetricia alla ginecologia; e che in tutti gli istituti che si rinnovano esse si raggruppano sotto un sol titolare? Certo non è in buona fede colui il quale volesse spostare la questione facendo apparire che sia opinione nostra negare al chirurgo, ed anche al medico pratico, il diritto di fare della ginecologia o la possibilità che possa occuparsene con onore quando compia e gli studi e la pratica speciale che si richiede. Nè il farne argomento d'accusa contro la imparzialità del principio, può essere altro che un artificio per velare la scarsa solidità delle proprie ragioni, quando ognuno sa quanto vasto campo di studio offra ormai la ginecologia, quanta abitudine alla diagnosi e pratica nella tecnica operativa tutta speciale occorra a chi voglia essere ginecologo, non d'occasione, ma coscienzioso e sicuro.

E questo giusto concetto va, fortunatamente, tanto generalizzandosi che non solo le Cliniche ostetriche nostre sono divenute, in un periodo relativamente breve, al pari di quelle della Germania, anche ginecologiche, ma pure gli Ospedali che hanno avuta la possibilità di rinnovarsi, hanno seguito questo progresso, primo tra tutti quello di

Milano; e ciò niente affatto per ragioni di numero di ammalate, come si è voluto far credere, ma — secondo la stessa espressione del dottor Grandi, direttore di quell' Ospedale Maggiore — per giustificata ragione di massima « che una lunga esperienza ha dimostrato corri-
» spondere alle esigenze generali di un servizio ospitaliero ed a quelle
» curative speciali. » (Lettera 24 Agosto 1897).

Per tacer d'altri, non basterebbe ricordare l'ultimo Ospedale che ha attuato tale progresso, quello di Alessandria, alla Amministrazione del quale la commissione giudicatrice del concorso esprimeva così alto plauso per avere « con lodevole ed imitabile esempio fondato uno
» speciale servizio ostetrico-ginecologico? »

Nè è meno artificiosa la ragione che molti altri Ospedali sono ancora organizzati altrimenti, dappoichè o essi non hanno un ostetrico, ed è naturale che le forme ginecologiche restino nei Comparti generali, o l'ordinamento loro non permette, per ragione d'impegni o di diritto acquisiti, di attuare riforme fino a che quelli non sieno scomparsi.

Eppure è da sapersi che, anche laddove queste ragioni evidenti dovrebbero essere meglio apprezzate e più serenamente discusse, si è potuto avere un parere da esse discorde: chè, avendo questa Amministrazione sottoposto alla Facoltà di Pavia il quesito: se *in tesi generale,* per affinità e per presumibile maggior competenza, fosse più giustificato riunire il servizio ginecologico a quello ostetrico o a quello chirurgico, in una adunanza alla quale è notorio Ella non potè intervenire, si deliberava: « che, qualora non si volesse nominare uno
» specialista autonomo cui affidare la sezione ginecologica, essa deve
» essere **naturalmente** annessa alla sezione chirurgica e non a quella
» ostetrica. »

Ora, in primo luogo, è evidente come in questo responso, non suffragato da considerazioni di sorta, esista una spiccata contraddizione: poichè, se costituendo cotesta sezione autonoma (progetto che l'Amministrazione aveva già escluso per ragioni d'organico ed economiche) si ammette doversi nominare un apposito specialista, esso dovrebbe di necessità essere un ginecologo, quindi un ostetrico, ossia un medico che, dedicandovisi specialmente, abbia fatto il suo tirocinio in un Istituto ostetrico-ginecologico, ed acquistata istruzione e pratica speciale per tutto quanto riguarda le funzioni fisiologiche e la patologia dei genitali della donna. Dove infatti si cercherebbe un titolare di ginecologia se non tra coloro che di necessità sono anche ostetrici? E dove altri avrebbe potuto avere l'insegnamento delle malattie delle donne se non nelle Cliniche nelle quali se ne studia lo stato di maternità? Come dunque conciliare quella prima affermazione colla seconda? Forse perchè in via tutt'affatto eccezionale potrebbe anche darsi il caso che un chirurgo, dopo esser tale, abbia fatto anche quel lungo studio speciale che è necessario per meritare il nome di ginecologo?

Nel sopracitato concorso d'Alessandria la commissione giudicatrice (della quale, oltre ai prof. Mangiagalli e Bossi, faceva parte anche un illustre Clinico medico, il prof. Forlanini) nettamente poneva una tal distinzione: « Da un lato noi abbiamo candidati decisamente specializzati » nella ostetricia e nella ginecologia, che hanno consacrato la migliore » loro attività a queste branche dello scibile medico, che hanno fatto il » loro tirocinio in Istituti clinici aventi alta rinomanza, pubblicando la- » vori che dinotano l'estensione e la profondità dei loro studi. Dall'altra » parte abbiamo candidati i quali, pure avendo qualche pubblicazione » su argomenti ostetrici e ginecologici e documenti che attestano della » loro attività chirurgica generale, non hanno mai appartenuto a nes- » sun Istituto clinico e dimostrano come non si sieno occupati *ex pro-* » *fesso* di tale specialità, come non l'abbiano fatta oggetto di profondi » studi, ma come invece non abbiano rivolta la loro attenzione alla » ostetricia e ginecologia che in modo incidentale, per cui non riescono » a nascondere numerose e gravi lacune dal punto di vista della edu- » cazione scientifica e pratica sia ostetrica che ginecologica. »

E nel primo gruppo, tra i prescelti, mi faceva l'onore di comprendermi.

Ma è specialmente la recisa affermazione della Facoltà di Pavia che volevo far nota, sembrandomi davvero tutt'altro che **naturale** che si dichiarasse, in via generale e di massima, nel riguardo della ginecologia, maggiore la competenza nel chirurgo che non nell'ostetrico, molto più dopo che la Facoltà stessa aveva emesso nel 1893 un parere tutto affatto contrario! E poichè la questione è della più alta importanza e la massima lederebbe diritti acquisiti e segnerebbe un deplorevole regresso scientifico, ho voluto raccogliere il parere dei Clinici e dei maestri che posseggono, nella specialità, la più alta ed autorevole competenza; che, per la maggior parte, hanno contribuito allo impianto degli Istituti ginecologici ed all'attuale progresso loro; che finalmente si trovano nella elevata posizione scientifica necessaria perchè il loro giudizio sia scevro da ragioni di interesse personale, imparziale ed illuminato. Mi permetto però di riassumere qui brevemente quanto nelle lettere, che con gentile premura mi hanno favorito, si riferisce alla questione in discorso.

***

Prof. Edoardo Porro, *Direttore della R. Scuola ostetrica di Milano.*

..... Il vecchio assioma: *age quod agis,* non si è mai fatto strada con tanto impero, come oggi per l'estendersi e l'approfondirsi delle specialità. Per conto mio, credo assai più facile allo specialista il fare da medico nei soggetti in trattamento per forme speciali, che non sia

facile al medico fare da specialista nei malati di forme mediche comuni. Nel dominio della specialità ostetrico-ginecologica, si studiano in modo particolare le malattie della gravidanza e nella gravidanza e le malattie ginecologiche combinate o no a forme generali o riflettenti speciali influenze. Non si può essere nè buoni ostetrici nè buoni ginecologi senza conoscere la patologia medica. È assai più frequente invece trovare distintissimi medici che della patologia della gravidanza e della ginecologia non abbiano dimestichezza.

.....Io sono più che mai convinto della convenienza e della necessità che le gravide e le malate ginecologiche sieno di regola raccolte in speciali sale, sotto la direzione dello stesso specialista.

(Lettera 23 Novembre 1897).

Prof. Ernesto Pestalozza, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica nell'Istituto Superiore di Firenze.*

..... La ginecologia si trova così strettamente legata alla ostetricia che nemmeno i programmi ufficiali, ad onta di ben prevedibili opposizioni, non l'hanno potuta separare da essa. La massima parte dei progressi che la ginecologia ha fatto, li deve alla ardita iniziativa degli ostetrici, e basta citare il nome dello Schroeder e quello del Martin che costituiscono le fedi di battesimo della ginecologia moderna. Cosa sia il ginecologo *puro* io non lo so, dal momento che non si è ancora istituita una cattedra di ginecologia pura: presumo però che dovrà avere a base della sua dottrina, una severa istruzione ostetrica.... E se non bastassero gli esempi tolti dall'Italia, citando, fra gli altri, il nome di Mangiagalli, non occorre poi un grande sforzo per dimostrare che a Vienna gli arbitri della ginecologia sono Schauta e Chroback; a Berlino il Martin, il Gusserow, l'Olshausen; a Würzburg l'Hofmeier; il Winckel a Monaco e così via. Se dunque in un Ospedale si tratti di sistemare un Comparto di ginecologia, è naturale che se ne affidi la direzione a chi dà prova di essere abile ostetrico, abile conoscitore cioè delle condizioni normali e morbose dell'apparato genitale femminile. Così si procede in ogni Ospedale d'Italia e ne fa fede il modo con cui si istituì a Milano il Comparto ostetrico-ginecologico, reso celebre fino dalla sua fondazione pel concorso di aspiranti quali Mangiagalli e Cuzzi....

(Lettera 16 Gennaio 1898).

Prof. Ettore Truzzi, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Parma.*

..... Gli ostetrici, per la profonda e speciale conoscenza che hanno dell'apparato genitale femminile, posseggono anche la migliore educa-

zione preparatoria, e le più sicure attitudini per l'esercizio della ginecologia....

(Lettera 17 Marzo 1898).

Prof. L. M. Bossi, *Direttore della R. Scuola ostetrica di Novara.*

..... In tutto questo dodicennio ho avuto occasione di constatare *de visu,* i gravi inconvenienti della separazione delle due branche (l'ostetrica e la ginecologica) e gli immensi vantaggi della loro unione. È d'altronde oramai opinione *stabilita* di tutti i competenti, che l'unione della ginecologia all'ostetricia sia una necessità naturale insita al moderno progresso di tali due rami della medicina. L'ostetricia e la ginecologia devono camminare di conserva, completandosi reciprocamente, e, ciò che più importa, devono avere per base che non si può essere razionalmente vero ginecologo, se non si è dapprima abile ostetrico e se non si continua a praticare l'ostetricia. Ciò anzitutto per ovvie ragioni di tecnica diagnostica, ed oltre a ciò per i continui imprescindibili rapporti che esistono fra tali due rami....

(Lettera 27 Marzo 1898).

Prof. Domenico Tibone, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Torino.*

La ostetricia è in tali, tanti e così intimi rapporti colla ginecologia, che volendo separarle si commetterebbe un atto di violenza. Di fatti un vero limite di separazione non vi ha. Nella diagnosi delle malattie ginecologiche tiene un alto posto il senso del tatto, ed è per la via ostetrica che si arriva ad acquistare quella perfezione che è prerogativa dei pratici esercitati ed osservatori accurati e fedeli nello stesso tempo. La ginecologia moderna è nata e cresciuta in Germania come figlia, come sorella della ostetricia; ed è bene si conservi cotesta naturale alleanza.

(Lettera 23 Marzo 1898).

Prof. Ottavio Morisani, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Napoli.*

..... Quanto alle attinenze della ostetricia colla ginecologia, non occorre perdersi in lunghe discussioni; dirò solamente che noi siamo Professori di ostetricia e ginecologia e dell'una e dell'altra facciamo ogni giorno operazioni.... Del resto, quanto prima, in una recensione che sarà pubblicata nel mio giornale, la questione sarà trattata e forse anche esaurita.

(Lettera 24 Marzo 1898).

Prof. Ermanno Pinzani, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Pisa.*

..... Sono colpito da non poca meraviglia per le enormità stampate in riguardo ai confini da darsi alla ostetricia. Il volere staccare da questo ramo della medicina le complicanze della gravidanza e la ginecologia, per affidarla ai turni generali, equivale, secondo me, ad una turpe mutilazione di essa, ad una vera usurpazione. Chi specializzando studia, come fa l'ostetrico, l'anatomia e la fisiologia dell'apparecchio generativo femminile, deve essere logicamente quegli che possa con maggior conoscenza di causa giudicare anche della patologia della gravidanza e del puerperio, nonchè delle malattie di detto apparecchio fuori dello stato di maternità e possa quindi con maggiore sicurezza e profitto applicare i mezzi di cura reclamati..... È un principio riconosciuto giusto dalla logica e veramente utile dall'esperienza.

(Lettera 27 Marzo 1898).

Prof. Giuseppe Chiarleoni, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Palermo.*

..... nelle nazioni più incivilite ostetricia e ginecologia si hanno per rami gemelli d'una sola ed unica branca, indissolubilmente legate fra loro. Vi ha di più: oggi la tendenza è di considerare la ostetricia come un semplice capitolo della ginecologia, considerata questa come branca *a sè*. Informi il « Trattato di ginecologia » dello Schauta. — *Non è fare della ginecologia il fare una laparotomia od una estirpazione di utero per vaginam, e poche altre cose. Ben altro è il lavoro del ginecologo!* E quanta *speciale* abilità tecnica non gli abbisogna?

(Lettera 24 Marzo 1898).

Prof. Giovanni Calderini, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Bologna.*

..... L'esclusione dell'ostetrico-ginecologo dai casi di ginecologia non è utile nè all' Ospedale nè alla città: è azione antiscientifica ed antiumanitaria, tenuto conto dei progressi stati fatti in vari rami della medicina colla specializzazione degli studi; e in pratica è una ingiustizia.

(Lettera 25 Gennaio 1898).

Prof. Luigi Acconci, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Genova.*

..... Ad argomenti seri e convenientemente formulati risponderei francamente esprimendo le ragioni per cui in Germania, in Austria,

in Italia ed in altri stati di Europa gli ordinatori degli studi clinici e gli amministratori degli Ospitali, da molti anni credettero conveniente riunire insieme ostetricia e ginecologia ed i vantaggi della riunione dei due insegnamenti furono tali, che i più grandi progressi della chirurgia ostetrica e ginecologica furono dati precisamente dagli ostetrici.....

(Lettera 29 Marzo 1898).

Prof. Emilio Falaschi, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Siena.*

Che la ginecologia, sia come scienza che come arte, debba stare unita alla ostetricia anzichè alla chirurgia è cosa ormai ammessa da tutti; perchè l'ostetrico che studia l'apparato genitale femmineo nelle sue manifestazioni durante la vita riproduttiva, assai meglio del chirurgo può e deve conoscere il terreno nel quale si svolge il fatto morboso ginecologico che il più delle volte è conseguenza, diretta o meno, della gravidanza o del parto o del puerperio.

Già da vari anni l'Hegar scriveva: « In Germania ostetricia e » ginecologia sono strettamente riunite; e questa riunione è *natura-* » *lissima*, imperocchè la base delle cognizioni ginecologiche deve ne- » cessariamente attingersi nella ostetricia. » E soggiungeva: « È im- » possibile senza cognizioni e pratica ostetrica sufficienti, giungere ad » una esatta conoscenza delle malattie delle donne. » — La prova luminosa della verità di tali asserti, sta nel fatto che la *ginecologia finchè è stata nelle mani dei chirurghi ha fatto ben pochi progressi;* mentre invece ha potuto fare passi giganteschi in questi ultimi 15-20 anni, dopo cioè che in molte altre nazioni ed in Italia, nell'insegnamento come nel pratico esercizio, è passata nelle mani degli ostetrici. Chi volesse oggi staccare la ginecologia dalla ostetricia e farne un piccolo lembo della chirurgia generale, mostrerebbe di volere andare a ritroso della scienza e della esperienza.

Nell'anno 1893 si ebbe ad agitare nella Facoltà di Siena, una questione di competenza analoga a quella attuale di Bergamo. Or bene ecco la decisione ministeriale emessa nel Novembre di quell'anno: « *Il Ministro della Pubblica Istruzione, in seguito alle domande relative* » *alla Clinica ginecologica, ha deliberato che per gli Art. 27 e 28 del* » *Regolamento per gli Istituti scientifici e pratici delle Facoltà mediche,* » *l'insegnamento della ginecologia debba essere annesso all'Istituto oste-* » *trico. S. E. il Ministro aggiunge eziandio che* **la Sala Ginecologica col** » **relativo dispensario debbono dipendere, l'una e l'altro dall'ostetrico e non** » **dal chirurgo.** »

(Lettera 2 Aprile 1898).

Prof. Giovanni Cosentino, *Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Catania.*

Se si debba assegnare la ginecologia al Comparto maternità o al Comparto chirurgico non c'è nulla da questionare.

La ginecologia e l'ostetricia costituiscono una branca dello scibile medico per mille ragioni inseparabili: la branca ostetrico-ginecologica di pertinenza dell'ostetrico. La ginecologia in tutti gli Ospedali razionalmente e imparzialmente amministrati, deve essere affidata all'ostetrico e non al chirurgo, se si desidera farla prosperare. La storia parla chiaro.

La ginecologia visse di vita rachitica finchè fu nelle mani del chirurgo generico, allo stesso modo come visse la consorella finchè non fu strappata allo esclusivo dominio delle levatrici.

Credo fermamente che la spettabile Amministrazione di cotesto Ospedale assegnando, per ragioni non scientifiche, la ginecologia al Comparto chirurgico, commetterebbe un grave errore.

(Lettera 6 Aprile 1898).

Prof. Giuseppe Roncaglia, *Libero Docente di ostetricia e ginecologia nella R. Università di Modena, Direttore del Comparto ostetrico-ginecologico nello Spedale di Mantova.*

La ginecologia deve essere conservata branca speciale indipendente dalla chirurgia, ed affidata sia nell'insegnamento che nella pratica ospitaliera all'ostetrico. Il concetto dello Schauta, tradotto in atto nel suo trattato dimostra appunto come ostetricia e ginecologia non sieno che una scienza ed un arte unica.....

(Lettera 30 Marzo 1898).

Prof. Arturo Guzzoni degli Ancarani, *Direttore dell' Istituto ostetrico-ginecologico dell'Università di Cagliari.*

La ginecologia sia dal punto di vista anatomico che fisiologico ed eziologico, ha moltissimi punti di contatto e vincoli strettissimi colla ostetricia. L'una e l'altra, come diceva il prof. Cuzzi, hanno limiti di divisione incerti e malsicuri, onde l'una e l'altra costituiscono una sola famiglia e camminano appaiate. Tanto è vero questo che in Germania si suole chiamare Clinica delle donne, l'Istituto ove si accolgono i casi di ostetricia e di ginecologia.

(Lettera . . Aprile 1898)

***

A queste lettere dei clinici nostri, credo utile unire anche il giudizio del mio maestro Prof. Augusto Martin, il valentissimo ginecologo di Berlino, la cui splendida Clinica è la scuola ambita e pressochè necessaria per quanti vogliano avere un concetto della altezza alla quale sono giunti lo studio e la tecnica della chirurgia ginecologica.

Mon cher confrère,

Je n'éxite pas à vous répéter que la gynécologie n'est que la soeur cadette de l'art obstétricale. Le développement des deux, en Allemagne, est la preuve — d'après mon avis — la plus indiscutable, que cette rélation est naturelle et efficace. La plus part des femmes souffre par les conséquences immédiates, ou non, des couches et de la vie séxuelle. Ce n'est que l'accoucheur qui peut poursuivre l'étiologie de la plus part de ces maladies; qui est résponsable de leurs prophylaxie et des opérations gynécologiques necéssaires. C'est un erreur que de supposer que la gynécologie soit une partie de la chirurgie.

Le traitement médicale, diététique, anti et aseptique, les règles de l'hygiène, la prévention des inflammations des organes génitaux et le traitement expectatif dans les phases aïgues, ce n'est pas l'affaire du chirurgien: c'est le métier de l'accoucheur. Et celui-ci doit par conséquence récourir au traitement opératoire, si l'autre thérapie, appliquée selon les règles modèrnes, avec la prudence et l'atténtion continuelle qui réponde à la nature de la maladie, est resté inéfficace. La gynécologie appartient à l'obstétrique.

Karlsbad, le 4 Avril 1898.

Votre dévoué
A. Martin.

***

Di fronte a così unanime parere degli uomini più eminenti per posizione ufficiale e per competenza scientifica, e più autorevoli in fatto di ginecologia, sarebbe pretenzioso ed inutile aggiungere commento di sorta. Orgoglioso pertanto della generale approvazione data alla tesi da me sostenuta, ho desiderato far note le opinioni espresse su argomento di sì alta importanza, rivolgendomi pubblicamente a Lei che cuopre con tanto onore appunto cotesta Cattedra di Pavia, dalla quale fu iniziato, regolare e completo, l'insegnamento della ginecologia a lato di quello dell'ostetricia.

Valgano esse di efficace contributo alla difesa dei diritti acquisiti da coloro che alla specialità hanno consacrato il loro tempo e la loro energia; come me stesso confortano nel pensiero che la risposta della Facoltà di Pavia sia stata — forse per equivoco — suggerita da considerazioni *diverse da quelle di massima, e da quelle locali vere e reali,* e che gli Amministratori o ricorreranno ad altra Facoltà medica o ad altro Corpo scientifico, ovvero si ispireranno senz'altro ai concetti logici e motivati espressi da quasi tutti i ginecologi d'Italia, ed allo spirito dell'ordinamento didattico e ospitaliero attuato ovunque si abbia seguito imparzialmente il progresso scientifico.

Accolga, chiarissimo sig. Professore, i miei vivissimi ringraziamenti per l'ospitalità concessami, e l'attestazione della mia più alta osservanza.

Bergamo, Aprile 1898.

Di Lei devotissimo
Dott. F. LANDUCCI
Primario ostetrico.

Nota. — Mi permetto aggiungere una semplice lista cronologica di operazioni ginecologiche da me eseguite, nonostante la scarsezza del materiale a mia disposizione, riserbandomi di pubblicare in un Rendiconto completo, le storie cliniche relative.

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DI FIRENZE.

Cedola N. 250. — Berti Amelia, 25 Giugno 1893: *Laparotomia* con *salpingo-ovariectomia bilaterale.* Esce guarita il 9 Luglio.

Cedola N. 403. — Venturini Giulia. Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi e ematosalpinge destra. 17 Ottobre 1893: *Miomo-isterectomia sopravaginale.* Laccio elastico, affondamento del peduncolo. Esce guarita il 26 Novembre.

Cedola N. 442. — Agostini Marianna. Ovaro-salpingite bilaterale. 2 Novembre 1893: *Ovaro-salpingectomia* bilaterale per *laparotomia.* Esce guarita il 23 Novembre 1893.

Cedola N. 53. — Cianchi Graziana. Lacerazione profonda del collo e lacerazione perineale. 1 Marzo 1893: *Trachelorafia* e *perineorafia.* Esce guarita il 22 Marzo.

Cedola N. 236. — Marchetti Elvira. Esteso rettocele. 13 Giugno 1893: *Colporafia posteriore* di Hegar. Esce guarita il 30 Giugno.

Cedola N. 460. — Stanganini Zelinda. Cisti da echinococco suppurata. 1.° Dicembre 1893: *Laparotomia* e svuotamento della cisti; marsupializzazione della cisti. Esce guarita il 15 Gennaio 1894.

Cedola N. 270. — Cantini Selvaggia. Larga *fistola vescico-vaginale.* 14 Luglio 1893: avvivamento dei margini; spaccamento del bordo e riunione su due strati. 8 Agosto: sutura di un piccolo tramite rimasto. Esce guarita il 19 Agosto.

Cedola N. 176. — Manzani Regina. *Parametrite suppurata.* 22 Maggio 1893: apertura di ascesso nella regione inguinale destra. Esce guarita il 7 Giugno.

Cedola N. 25. — Mugnaini Giuseppa. Endometrite catarrale. 11 Marzo 1893: *Raschiamento* dell'endometrio. Esce guarita il 22 Marzo 1893.

Cedola N. 54. — Barsantini Narcisa. Endometrite settica. 4 Febbraio 1893: *Raschiamento.* Esce guarita il 14 Febbraio 1893.

Cedola N. 295. — Grassi Palmira. Metrite parenchimatosa con ipertrofia longitudinale del collo. 11 Agosto: *Raschiamento* e *amputazione del collo* alla Schroeder. Esce guarita il 25 Agosto 1893.

Cedola N. 313. — Frittelli Gesuina. Endometrite e lacerazione del collo. Lacerazione perineale antica di 2.° grado e rettocele. 1 Agosto 1893: *Raschiamento, trachelorafia, colporafia posteriore* (Hegar) e *perineorafia* (Simon). Esce guarita il 15 Agosto.

Cedola N. 478. — Parducci Emilia. Ovaro-salpingite bilaterale; tubercolosi peritoneale. 2 Dicembre 1893: *Laparotomia*. Esce il 21 Dicembre migliorata nelle condizioni generali e guarita dell'atto operativo.

Cedola N. 389. — Anzani Amelia. Lacerazione perineale antica di 2.° grado e rettocele. 18 Settembre: *Colpoperineorafia*. Guarigione.

Cedola N. 419. — Noccioli Carlotta, 34 a. Prolasso completo dell'utero; endometrite ed ipertrofia del collo. 16 Ottobre 1893: *Raschiamento; amputazione del collo* alla Martin; *colporafia anteriore e posteriore e perineauxesis* alla Martin. Esce guarita il 4 Novembre.

Cedola N. 68. — Della Selva Marianna. Endometrite. *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 81. — Pipucci Elena. Endometrite emorragica. *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 211. — Begliuomini Maria. *Fibroma peduncolato della cavità cervicale*. 26 Maggio 1893: *Asportazione* per torsione. Guarigione.

Cedola N. 119. — Ugolini Rosa. Endometrite settica *post partum*. 27 Marzo 1893: *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 219. — Picchiani Argia. Metrorragia per residui d'aborto. 15 Giugno 1893: *Raschiamento* e zaffamento. Guarigione.

Cedola N. 253. — Ciani Felicina. Endometrite emorragica. *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 299. — Vitali Isola. Metrorragie per residui di aborto. 25 Luglio: *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 504. — Sandroni Emilia. Ovaro-salpingite sinistra; ovarite destra e cisti del legamento largo corrispondente. 30 Dicembre 1893: *Laparotomia; enucleazione della cisti; ooforosalpingectomia bilaterale*. Esce il 20 Gennaio 1894. Guarigione.

Cedola N. 422. — Magnolfi Ester. Metrite cervicale ed endometrite. 21 Ottobre 1893: *Raschiamento e amputazione del collo* alla Martin.

Cedola N. 435. — Cantini Maria. Lacerazione trasversale del collo; ectropion del labbro anteriore; metrite cervicale ipertrofica. 13 Ottobre 1893: *Raschiamento ed amputazione del collo* alla Martin. Guarigione

Cedola N. 500. — Ganzini Annunziata. *Polipo del canale cervicale*. 12 Dicembre 1893: *Asportazione*. Guarigione.

Cedola N. 306. — Grassi Annunziata. Residui abortivi. 24 Luglio: *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 351. — Falugi Isolina. Residui ovulari. *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 415. — Ballori Maria. Endometrite emorragica. 5 Agosto: *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 447. — Bertozzi Luigia. Endometrite catarrale. 25 Ottobre: *Raschiamento*. Guarigione.

Cedola N. 511. — Del Lungo Ester. Endometrite catarrale. 30 Dicembre: *Raschiamento*, zaffamento. Guarigione.

Cedola N. 466. — Tozzetti Concetta. Endometrite. 14 Novembre: *Raschiamento*, zaffamento. Guarigione.

Cedola N. 445. — Maglioni Luigia. Metrite cervicale; lacerazione perineale antica di 2.° grado; prolasso vaginale. 30 Ottobre 1893: *Raschiamento, amputazione del collo, colpoperineorafia*. Esce il 15 Novembre guarita.

Cedola N. 486. — Malenotti Assunta. Lacerazione perineale e prolasso uterino. 30 Novembre: *Colporafia ant. e post.* Esce guarita il 15 Dicembre.

OSPEDALE DI BERGAMO — COMPARTO MATERNITÀ.

Cedola N. 6 (Legittime). — Annunziata Syll. Aborto incompleto. 11 Febbraio 1896: *Estrazione manuale* e *raschiamento*. Esce guarita il 26 Febbraio.

Cedola N. 1 (Illegittime). — Angela C. Lacerazione perineale di 2.° grado. 25 Marzo: *Perineorafia*. Guarigione.

Cedola N. 11 (Legittime). — Gavina Teresa. Gravidanza a termine. Bacino totalmente ristretto piatto. C. V. mm. 60. 5 Aprile 1896: *Taglio cesareo conservatore*. Feto vivo. Morte della donna in 5.ª giornata. All'autopsia si trova: polmonite unilaterale, peritonite circoscritta e nefrite parenchimatosa.

Cedola N. 13 (Legittime). — Genovizzi Elisabetta. 21 Maggio: *Raschiamento* per residui ovulari. Guarigione.

Cedola N. 15 (Legittime). — Endometrite settica. 22 Giugno: *Raschiamento* e zaffamento. Esce guarita il 5 Luglio.

Cedola N. 2335 (Sez. paganti). — Giuseppina B. Metrite ipertrofica del corpo e del collo; cervicite. 20 Maggio: *Raschiamento ed amputazione del collo* alla Martin. Esce guarita il 2 Giugno.

Cedola N. 2567 (Paganti). — W. Angela, 58 a. Carcinoma del labbro posteriore e del corpo dell'utero; leggiera diffusione a sinistra. Condizioni generali aggravantesi rapidamente. 3 Giugno: *Isterectomia totale vaginale.* Alzata il 20 Giugno. Uscita il 26 in condizioni locali ottime e generali molto migliorate. (Ancora senza riproduzione).

Cedola N. 17 (Legittime). — Capitanio Maria. Puerperio infettivo da aborto. 6 Luglio: *Raschiamento.* Esce guarita il 16 Luglio.

Cedola N. 2620 (Paganti). — Adele M. Fibroma interstiziale dell'utero a sviluppo infralegamentoso e cisti dell'ovaio destro. 8 Giugno: *Isteromiomectomia totale addominale.* Tolta la sutura addominale il 15, alzata il 18, uscita il 28. Guarigione.

Cedola N. 24 (Legittime). — Masper Teresa. Endometrite settica post-abortiva. *Raschiamento.* Guarigione.

Cedola N. 5836. — Cappelli Teresa. Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi dell'utero. 31 Dicembre 1896: *Isterectomia totale vaginale.* Esce completamente guarita il 20 Gennaio 1897.

Cedola N. 464. — Locatelli Maria. *Tubercolosi peritoneale e degli annesi.* 7 Febbraio 1897: *Laparotomia.* Notevole miglioramento generale. Esce guarita dell'atto operativo il 25 Febbraio.

Cedola N. 3 (Legittime). — Lazzari Rosa. Gravidanza a termine. Bacino universalmente irregolarmente ristretto, piatto, rachitico. C. V. mm. 55. — 24 Gennaio 1897: *Taglio cesareo con isterectomia totale* complementare alla Martin. Feto vivo. Decorso post-operativo normale. Tolta la sutura addominale in 8.ª giornata. Alzatasi la malata in 12.ª, esce guarita il 18 Febbraio 1897.

Cedola N. 67. — Rossi Teresa. Lacerazione perineale antica di 2.º grado e Rettocele. 13 Marzo: *Colpoperineorafia.* Guarigione.

Cedola N. 1600. — Savoldelli Luigia. 64 a. Polipo del labbro anteriore e prolasso completo dell'utero. 23 Marzo: *Asportazione del polipo* e *colporafia mediana longitudinale* (Le-Fort-Coen); 6 Aprile: *Perinoerrafia.* Esce guarita il 20 Aprile.

Cedola N. 1689. — Acerbis Angela. Fibromi multipli interstiziali dell'utero. 1 Aprile: *Isterectomia vaginale totale.* Si alza in 13.ª ed esce guarita in 16.ª giornata.

Cedola N. 17. — Gamba Teresa. Ascite d'origine tubercolare. *Paracentesi.* Guarigione.

Sezione agiati. — Palazzi Paolina. Endometrite catarrale e lacerazione del collo. 21 Aprile: *Raschiamento* e *Trachelorafia di Emmet.* Guarigione.

Sez. agiati. — Orlandini Angela. Fibromioma uterino interstiziale a sviluppo infralegamentoso, con parziale degenerazione grassa. Anemia estrema per metrorragie. 24 Aprile: *Isterectomia totale addominale.* Tolta la sutura addominale in 8.ª giornata. Alzatasi in 15.ª; uscita in 25.ª Guarigione.

Sez. agiati. — Pievani Maria. — Ciste e Rettocele. 21 Maggio: *Raschiamento; Colporafia anteriore e posteriore.* Guarigione.

Cedola N. 13 (Legittime). — Bellini Maria. Bacino piatto non rachitico di 3.º grado. (C. V. mm. 60). Gravidanza a termine. 11 Luglio: *Taglio cesareo conservatore.* Feto vivo. Tolti i punti addominali in 8.ª giornata. Alzatasi in 12.ª esce guarita in 20.ª

Cedola N. 15 (Legittime). — Cefis Carola. Bacino piatto non rachitico. (C. V. mm. 62). Gravidanza a termine. 13 Giugno: *Taglio cesareo alla Sänger.* Feto vivo. La donna si alza in 15.ª giornata ed esce guarita in 25.ª

Cedola N. 15. — Alessi Battistina. Incipiente epitelioma della cavità uterina. 21 Giugno: *Isterectomia totale vaginale.* Esce guarita in 18.ª giornata.

Cedola N. 15. — Bresciani Erminia. Pluripara. Osteomalacia grave con progressive deformazioni ossee. 16. Settembre: *Laparotomia, castrazione.* Cessazione rapidissima dei dolori ossei. Si alza il 1 Ottobre: esce guarita il 20.

Cedola N. 15. — Rusconi Giuseppina. Utero e vagina didelfi. Enorme cistoma dell'ovaio sinistro. 29 Settembre: *Laparotomia.* Aderenze estese della parete cistica. *Svuotamento e marsupializzazione.* Esce guarita il 22 Ottobre 1897.

Cedola N. 29. — Rossoni Maria. Fibrona interstiziale dell'utero. 2 Aprile: *Isterectomia vaginale totale.* Decorso normale. Alzata in 14.ª giornata. Guarigione.

Risposta del Prof. Mangiagalli al Dott. Landucci

Egregio Collega,

Se, come direttore degli *Annali di Ostetricia e di Ginecologia,* ho il dovere di dare ospitalità alla sua lettera, sento l'obbligo di rispondere ad essa, e come cultore degli studii di ostetricia e di ginecologia, e come titolare di questo insegnamento nella Facoltà, della quale Lei ha riportato il singolare responso, che ha destato in me sorpresa non minore di quella, che i colleghi possono aver provato. E la meraviglia era in me accresciuta dal ricordo che la Facoltà, in una seduta di alcuni anni addietro (3 Novembre 1893), *aveva deliberato ritenere che, per regolamento, per logica consuetudine, l'insegnamento della ginecologia doveva darsi dal professore di ostetricia.* Nel voto espresso dalla Facoltà di Pavia rispetto all'Ospedale di Bergamo, in una seduta, *dalla quale io era assente per malattia,* potendo innanzi tutto scorgere un'offesa ai miei diritti, mi sono rivolto al Preside della Facoltà perchè volesse, in una prossima seduta, mettere all'ordine del giorno il seguente argomento: *Osservazioni del prof. Mangiagalli sul parere dato dalla Facoltà alla Direzione dell'Ospedale di Bergamo.*

Il risultato della discussione svoltasi in detta seduta (21 Marzo 1898) fu il seguente ordine del giorno votato alla unanimità:

La Facoltà, udite le osservazioni del prof. Mangiagalli, afferma che col suo ordine del giorno 3 Marzo 1898, relativo all'Ospedale di Bergamo, informandosi specialmente a considerazioni d'ordine locale, non intese menomare il principio già confermato da una sua precedente deliberazione del 3 Novembre 1893, colla quale sanzionava che, per regolamento e per logica consuetudine, l'insegnamento della ginecologia fosse dato dal professore di ostetricia, senza volere limitare con essa l'orbita dell'azione chirurgica delle altre Cliniche.

Erano dunque *considerazioni locali,* non *considerazioni di principio,* che, nella seduta antecedente, avevano spinto la Facoltà ad una deliberazione, la quale a molti parrà in contradizione con quella successiva. Quali sieno le accennate considerazioni locali, come e da chi sieno state presentate, e sotto quale forma, alla Facoltà, io l'ignoro, ma mi ripugna

il credere che, mentre cotesto Consiglio Ospitaliero chiedeva la consacrazione autorevole di un principio, fosse esso a suffragare la sua richiesta di considerazioni e dati, i quali obbligassero la Facoltà a limitarsi a prendere atto di considerazioni locali, e le impedissero di elevarsi alla questione di principio e dare a questa la soluzione che ha poi dimostrato di vagheggiare per l'insegnamento clinico universitario. Certo è solo a considerazioni alte e serene che io mi inspirai nell'invitare la Facoltà a votare l'ordine del giorno sopraindicato, nè intendo dipartirmene ora, malgrado il saggio di linguaggio volgare e plateale che Ella riporta (pag. 424) di un difensore della tesi opposta. Gli Ospedali di Milano e di Alessandria sanno ora di essere caduti in una *rete tesa loro dagli ostetrici*. I valentissimi chirurghi che onorano l'Italia saranno i primi a ripudiare un simil genere di difesa in cui non sai se più sciatta la lingua, o più incolto lo stile, o più povere le ragioni. E io vorrei ora dire a Lei, a che pro discutere se è nella evoluzione storica, fatale delle discipline mediche che l'ostetricia si fondi colla ginecologia? Chi l'ha voluto? Nessuno e tutti, per quello stesso meccanesimo per cui, prima l'ostetricia e poi l'oculistica, si separarono dalla chirurgia generale, e perchè non è in potere di alcuno di arrestare una evoluzione di cose che una necessità logica ha imposto. Oso dire che la ginecologia, e in essa comprendesi ormai l'ostetricia, segnerà la via in avvenire ad un diverso e più razionale raggruppamento delle specialità non solo ma forse anche degli studii clinici. Quale armonico e completo sviluppo di studii nella nostra specialità! Il ginecologo studia l'anatomia degli organi della generazione nello stato di vacuità e le modificazioni che esse subiscono per il fatto della gravidanza e del puerperio, e come ne studia le funzioni, menstruazione, gravidanza, parto, allattamento, così ne studia le malattie in qualunque fase queste sorprendano gli organi sessuali muliebri, cosicchè il ginecologo è divenuto anatomico, fisiologo, patologo e chirurgo, rispetto all'apparato organico che ha preso a studiare in modo speciale. Nessuna letteratura più di quella tedesca si presta a studiare l'evoluzione accennata per cui lo studio della ostetricia si è fuso con quello della ginecologia. Stark, professore di ostetricia e direttore della Maternità di Jena, fonda, poco più di un secolo fa, l'*Archivio di ostetricia e malattie delle donne e dei bambini* (Jena, 1787-1797) e a tale giornale succede il *Nuovo Archivio di ostetricia, ginecologia e pediatria* (Jena, 1798-1804). E chi vediamo dirigere la letteratura giornalistica ostetrica e ginecologica della prima metà di questo secolo? Ostetrici, quali Siebold, d'Outrepont, Ritgen. E chi ne continua la tradizione alla loro scomparsa? Credé, E. Martin, Hecker, altrettanti ostetrici, che raccolgono la produzione scientifica ostetrica e ginecologica dovuta nella massima parte ad ostetrici, nei 34 volumi del *Monatschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankeiten*. E sono ostetrici coloro che, in quel turno

di tempo, Jörg, indi Mende e poi Kilian (1), pubblicarono i primi trattati di ginecologia. E, nell'era nuova, sono Credé e Spiegelberg a fondare gli *Archiv für Gynäkologie,* continuati poi da Gusserow e Leopold, e a tale giornale si aggiungono la *Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie,* fondata da Schroeder e continuata da Olshausen e Hofmeier, il *Centralblatt f. Gynäk.* fondato da Fehling e Fritsch, il *Monatschrift f. Geburtshulf u. Gynäkologie* pubblicato da Martin e Sänger nel 1894; e tutti costoro sono ostetrici. Altro che le *reti tese oggi dagli ostetrici* di cui parla il suo poco amabile contradditore. E cito un secolo di storia perchè in esso lo studioso può seguire passo passo lo sviluppo della ginecologia e il suo immedesimarsi colla ostetricia. E veda in Italia! Quali giornali raccolgono la massima produzione di ginecologia? Giornali di ostetricia. Quale paese meno preparato del nostro venti anni or sono per il connubio dell'ostetricia colla ginecologia? E pure è tanta la forza delle cose, ed è così infrenabile l'evoluzione che porta a fondere in una sola specialità ostetricia e ginecologia, che i chirurghi, più preparati alla tecnica laparotomica da altri ardui cimenti, non contrastano il terreno ed è un clinico medico eminente, il Baccelli, che stabilisce la divisione degli istituti clinici e fra questi mette quello ostetrico-ginecologico (Art. 24), e il Consiglio superiore, compare di quegli uccellatori di ostetrici, non uno dei quali ha mai fatto parte di quell'alto consesso, stabilisce la massima che la *libera docenza di ostetricia sia inscindibile da quella di ginecologia.* E Billroth uno dei più grandi e geniali chirurghi di questo secolo, volendo pubblicare una enciclopedia chirurgica, chi sceglie a suoi collaboratori per le diverse parti della ginecologia? Ostetrici, e non tiene per sè che la parte che riguarda le mammelle. E Virchow non molti anni addietro, e oggidì Nothnagel, il grande patologo e il grande clinico, chi scelgono a svolgere la ginecologia nelle loro dotte enciclopedie mediche? Ma precisamente ostetrici, ed ecco dunque che un grandissimo chirurgo, un grandissimo patologo, un grandissimo clinico sono essi pure da noi *irretiti.*

Ma ne segue che ciò rappresenti una *diminutio* della medicina operatoria? Ma neppur per sogno! Solo le menti anguste possono immaginarlo. Carattere speciale della medicina operatoria è l'universalità, e la sua nobiltà sta nell'essere il tronco maestoso che dà origine a nuovi rami, che poi se ne staccano. Certo il chirurgo potrà operare egregiamente una cataratta come un taglio cesareo, come una ovariotomia, ma non ne segue per questo che egli sia oculista, ostetrico, ginecologo. Darebbe prova di spirito ben gretto e di mente ben in-

---

(1) Jörg. « Handbuch der Krankh. der Weibes (2.ª ediz.), Lipsia, 1821. — Mende. « Die Geschlechtskrankh. des Weibes. » Göttingen, 1836. — Kiwisch. « Klinische Vorles. üb. die Krankh. des weiblichen Geschlechtes. » Prag, 1849.

colta, chi volesse ciò ammettere, poichè queste specialità non è soltanto in determinate operazioni che hanno la loro ragione di essere, ma nello studio completo e complesso delle condizioni morbose di quel determinato apparecchio organico, considerate per sè ed in rapporto col resto dell'organismo, nella loro genesi, nelle loro manifestazioni e nella loro cura. E guai a non vedere in una specialità che operazioni da fare! È in tal modo che si moltiplicano le laparotomie per metrite cronica o per ovarite con poca gloria degli operatori e con poco lustro e decoro dell'arte! Nè si può dire che a poco si riduca la medicina operatoria, togliendo la ginecologia, poichè anche reciso un ramo, ne sorgono altri rigogliosi, cito la chirurgia cerebrale e spinale, quella epatica, splenica, gastrica, intestinale, nella storia delle quali i più valenti nostri chirurghi hanno raccolto meritati allori, ed auguro possa fare altrettanto il poco cortese oppositore. Ancora una breve considerazione e poi faccio punto. La necessità in cui si trova, in molti casi, l'operatore, di escludere prima la gravidanza, non rende quanto mai opportuno che il ginecologo sia ostetrico, e l'occorrenza non rara di tumori del collo uterino, di tumori del corpo dell'utero, di tumori dell'ovario colla gravidanza, non esigono che l'ostetrico sia ginecologo? E chi se non l'ostetrico potrà razionalmente studiare le fistole vescico-vaginali nella loro genesi e determinarne il rapporto cogli elevati problemi che si riferiscono all'azione comprimente e traente del forcipe? Chi, meglio dell'ostetrico avrà gli elementi, per studiare la statica degli organi pelvici e i molteplici modi con cui il parto può perturbarla, per analizzare l'azione dei mezzi protetici, per fare la critica delle varie e multiformi operazioni plastiche? Chi, meglio dell'ostetrico, potrà studiare, più preparato da studî antecedenti, i vizi di conformazione degli organi genitali e le loro molteplici conseguenze? Chi, meglio dell'ostetrico, poteva creare quello splendido capitolo di ostetricia e ginecologia che si riferisce alla mola vescicolare e al deciduoma? E potrei continuare all'infinito, ma conchiudo. Il chirurgo può essere valentissimo operatore anche sugli organi muliebri, se l'educazione e l'esercizio l'hanno fatto tale, ma solo l'ostetrico è in grado di fare uno studio razionale, completo, scientifico della ginecologia o può esserlo anche il chirurgo ma ad un patto.... ch'egli diventi ostetrico.

Mi abbia, con stima

Pavia, 15 Aprile 1898.

suo devot.mo

Prof. L. Mangiagalli.

PRO MELLI.

Risposta del Dott. **MUZIO PAZZI** (Bologna) al **Cenno storico-critico-confermativo della priorità di una peculiare giacitura delle partorienti (POSIZIONE DI WALCHER)** pubblicato dal Dott. Carlo Decio (Milano).

Negli « Atti della Società Italiana di ostetricia e ginecologia, » vol. IV, 1897, furono pubblicate le mie *Rettificazioni storiche intorno alla così detta* Posizione di Walcher, per mezzo delle quali rivendicavo all'italiano S. Melli (1721) la prima concezione di mettere la donna a partorire nel parto vizioso, alla sponda del letto, con le gambe penzoloni.

La prima critica mossa a questa monografia appartiene al prof. Felice La Torre (Roma), il quale scrisse fino dal 20 Novembre 1897 un articolo pubblicato nel « Supplemento al *Policlinico* », al principio del corrente 1898. Lo scopo del prof. La Torre fu quello di censurarmi di poco rispetto verso le personalità scientifiche intervenute al Congresso medico internazionale di Mosca (Agosto 1897) e di rivendicare a Scipione Mercurio (1595), invece che a Melli la posizione del parto a gambe pendenti.

Al prof. La Torre ho risposto con una lettera aperta nel N. 18 (5 Marzo 1898) del « Supplemento al *Policlinico* » col seguente titolo: *Ancora la posizione a gambe pendenti nel parto, impropriamente detta di Walcher.* In questa lettera ho protestato contro l'ingiustificata interpretazione data dal prof. La Torre al mio lavoro, inquantochè nessuna mia parola, nessuna mia frase rappresentava il minimo atto di irriverenza, verso le dette persone presenti al Congresso Moscovita.

Di più, ho ripetuto tutte quelle buone ragioni che mi hanno indotto a credere che spetti al Melli il merito di avere escogitata una posizione proficua in alcune distocie, che oggi viene, direi quasi universalmente, attribuita al Walcher (1889).

La convinzione mia è così profonda per questa idea, che nel primo fascicolo del *Bollettino della Società bolognese delle Levatrici,* che ho fondato e dirigo in Bologna da pochi mesi, ho pubblicato un articolo di fondo per le levatrici, dove parlando della *posizione del parto a gambe pendenti,* attribuisco il merito della prima concezione al Melli e non ad altri (1).

---

(1) Vedi pure: dott. M. Pazzi. « La posizione del parto presso i diversi popoli prima e dopo l'êra volgare, con quadro sinottico. » Bologna, *Bollett. delle Scienze Mediche*, S. 7.ª, vol. 8.º, fasc. 11, pag. 815, 1897.

Una seconda critica mi viene ora mossa dall'egregio collega dottor C. Decio, il quale ha pubblicato nel 3.° fascicolo (Marzo 1898) degli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* di Milano, un « Cenno storico critico confermativo della priorità di una peculiare giacitura delle partorienti, » nel quale arriva alla conclusione che Scipione Mercurio e non Melli ebbe la prima idea della posizione a gambe *inclinate* nel parto e che tale posizione non ha nulla a che fare con la posizione a gambe *a penzoloni* dalla sponda del letto, sostenuta dal Walcher.

Ho letto con imparzialità di giudizio la critica del collega Decio, ma non sono giunto a persuadermi delle sue ragioni; per cui sono obbligato di bel nuovo a prendere la penna in mano per lo stesso motivo, cioè per scrivere « Pro Melli »!!

***

Il dott. C. Decio (1) comincia coll'accennare alla mia opinione che porterebbe ad escludere ogni compartecipazione nel merito della così detta *posizione di Walcher* all'ex frate domenicano Scipione Mercurio, e ad ammettere invece la priorità di tale scoperta in favore di Sebastiano Melli, ciò che dà motivo alla critica sopraccennata. La prima obiezione è mossa per avere io riportato in *fac-simile* alcune tavole dei prelodati autori, che quantunque eseguite lodevolmente e fedelmente dall'artista Barbieri di Bologna col *metodo del delucido*, lasciano tuttavia adito alla critica, dandosi oggi la preferenza ai mezzi di riproduzione che ci vengono forniti dall'arte fotografica applicata alle tipografiche industrie, onde « garantire quella matematica esattezza di ogni benchè minimo dettaglio, nonchè l'esatto apprezzamento delle proporzioni, allorchè per qualsivoglia causa, si fosse costretti ad un impicciolimento del documento originale. »

Io non voglio interpretare tale obiezione del collega milanese quale *pedantesca minuziosità*, ma entrando nel merito della questione artistica, mi permetto di osservare che il metodo del *delucido* per la riproduzione di documenti originali, quando sia affidato a persona dell'arte, la quale non è a cognizione del fine cui deve servire, sotto ogni riguardo competente ed onesta; in particolare modo, quando si tratti di riprodurre dei disegni lineari e figurativi, fatti in qualche secolo distante da noi, da incisori in legno od in rame, molto lontani dall'essere perfezionati, il metodo, dico, del *delucido* non la cede in nulla alla fedeltà del *metodo fotografico*, il quale dopo tutto può alterare qualche

(1) Dal dott. Decio viene citato il mio lavoro con due involontarie inesattezze: Il volume degli Atti della *Società italiana di ostetricia e ginecologia*, da cui furono estratte le mie « Rettificazioni storiche, ecc. » è il IV, non il III, e l'anno di pubblicazione è il 1897 e non il 1879.

linea o qualche ombra che per cattiva arte sia stata mal delineata o male incisa nel modello originale. Prova ne sia che la fotografia applicata o no alla zincotipia, rende più evidenti gli errori che casualmente potessero esservi nel disegno originale; prova ne sia ancora che la fotografia, la fotoincisione e la fotozincotipia hanno sempre bisogno di *ritocchi*, che per quanto fatti da persona onesta e mano abile non *possono garantire la matematica esattezza di ogni benchè minimo dettaglio.* Ora io non so se l'apprezzamento del dott. Decio fatto sulle mie tavole riprodotte dal vero col *mezzo del delucido* sia giusto, ma ciò che non mi persuade è che qualche volta si sia costretti ad impicciolimento del documento originale (ciò che si ottiene fedelmente solo con la *fotografia*) per avere *sincere guarantigie nei casi di confronti di differenti esemplari, pur nel complesso simiglianti.* Io credo che quando dobbiamo servirci della fotografia, per ridurre un oggetto a proporzioni minori, non potremo mai affermare di avere riprodotto un *facsimile* delle forme naturali dell'oggetto fotografato. Questo per la parte artistica, giacchè per lo scopo scientifico per cui il dott. Decio ricorse alla fotografia ne parleremo più innanzi. Del resto, anche ammesso che per qualche ragione peregrina dovessimo rimpicciolire un documento originale, abbiamo altri mezzi fedeli senza ricorrere alla fotografia. Per tale scopo possiamo servirci, ad esempio, di un processo noto per la sua semplicità a tutti i litografi, e che consiste in una membrana elastica (di caoutchou) distesa sopra un telaio metallico movibile e di una pasta speciale con cui si può eseguire la riduzione delle figure da riprodurre in pietra litografica. Con tale mezzo io ho fatto riprodurre la figura del Melli (Vedi Tav. V, fig. 2.ª) riducendola alle dimensioni proposte dal dott. Decio e credo che nessuno potrà dire che il mio esemplare sia inferiore per precisione a quello del dott. Decio, ottenuto col metodo della fotografia applicata alla zincotipia.

***

Riguardo alla fotozincotipia riportata dall'Ahlfeld nel proprio trattato diligentissimo di ostetricia, con una indicazione inesatta nella numerazione della figura, il dott. Decio non può darmi *torto*, ma dice che la mia osservazione è di *poco valore* e che evidentemente l'Ahlfeld indicò il *numero della pagina che tipograficamente fa corpo col foglio, perchè di solito le tavole intercalate al testo non portano la numerazione progressiva.* Concedo la regola generale, ma nella eccezione, che rappresenta il testo del Melli, la mia osservazione oltre che esatta sarà giusta e di molto valore (non di *poco*). Però alla stregua delle considerazioni del dott. Decio dovrei accusare il prof. Ahlfeld di poca fedeltà all'originale nella sua fotozincotipia, giacchè ha trascurato varii accessori

della tavola modello del Melli *(inginocchiatoio, sedia, numero della tavola, del libro e della pagina)*. Di più, la figura dell'Ahlfeld di cui ho riportato i contorni nella Tavola V, fig. 1.ª, col metodo del delucido, messa a confronto con la tavola incisa dal Melli, e con le riproduzioni ridotte tanto del dott. Decio, quanto mie, non rappresenta affatto una copia dell'originale; sibbene una semplice imitazione; basta, per persuadersene, osservare la distanza del capo della levatrice dall'angolo del letto nei diversi esemplari da me riprodotti (Vedi Tav. III e IV).

Il dott. Decio non sa poi capacitarsi perchè io possa meravigliarmi che l'Ahlfeld, che fu il primo ad apprezzare e a riprodurre la figura del Melli, seguiti ad usare la terminologia *posizione di Walcher,* e non accetta per buona la mia opinione che siano caduti in errore il Rossi-Doria (1895) ed il La Torre (1897) che considerarono il Melli un imitatore di Scipione Mercurio. Per non ripetermi inutilmente su tale questione ne parlerò fra poco.

Qui dirò solo che volendo pure seguire il MODERNO DISCERNIMENTO nel chiamare le *nuove scoperte* col nome dei rispettivi *scopritori,* cioè nell'usare solo il nome dello scopritore che abbia spiegato ogni fine della propria scoperta, noi dovremmo chiamare la posizione del parto a gambe pendenti coi seguenti quattro nomi: Melli-Walcher-Küster-Fothergill. Ma poichè il Melli, come dirò in seguito, anche senza spiegare i motivi della propria scoperta ha lasciato un documento *(una figura, una incisione)* cui si può attribuire il merito di essere capace di subire l'interpretazione scientifica di ogni studio teorico e sperimentale moderno, ne viene di conseguenza che per debito di *priorità storica* la posizione del parto a gambe pendenti debba portare solo il nome del Melli.

***

Ora riporterò una parte della critica del dott. Decio: « Ma v'ha di più; dal suesposto brano del dott. Pazzi, inteso a dimostrare le posizioni di Mercurio e di Melli (e che io ho riportato alla distesa in carattere corsivo), dicendo che la donna rappresentata sulla tavola che dimostra il taglio cesareo è disposta ai bordi del letto, con le gambe penzoloni e i piedi toccanti il suolo LASCEREBBE SUPPORRE A TUTTA PRIMA CHE LA POSIZIONE SUPINA DEL TRONCO CON GAMBE PENDENTI, che il Melli ha proposto (quantunque il Melli non abbia mai parlato di gambe *pendenti*) NON PRESENTASSE LA PARTICOLARITÀ DI POGGIARE I PIEDI AL SUOLO, CIÒ CHE NON È IN REALTÀ. » Il dott. Decio fa poscia una questione d'indole linguistica e sostiene che il verbo *pendere* o *penzolare* significa *star pendente,* o *sospeso in aria* e che la voce *pendente* oltre che di participio ha valore di aggettivo nel senso *d'inclinato* e di *declive,* come certamente fu usato dal Mercurio, e come rappresenta

la figura del Melli, riproduzione abbellita della figura dell'ex frate domenicano. »

Rispondo al dott. Decio che la breve descrizione della posizione del Mercurio pel parto cesareo (quale sito primo) fu da me posta sotto gli occhi del lettore unitamente alla tavola dimostrativa (Vedi Tav. III), precisamente perchè le *gambe della partoriente* si trovano penzoloni, coi piedi che toccano il suolo, MA SOLO APPARENTEMENTE, come nella figura del Melli. E qui sta il vero nodo della questione. Nella figura di Mercurio, cioè, le gambe della partoriente non sono in *realtà penzoloni* perchè non *sospese in aria*, ma sostenute dalle mani di un assistente, posto ginocchioni davanti la medesima; mentre nella figura del Melli apparisce *a priori* che la pianta dei piedi poggi sul pavimento, mentre in realtà non tocca il suolo che la parte *anteriore del piede* (falangi e piccola porzione del metatarso). Se così non fosse non si potrebbe spiegare quella piccola mancanza di ombreggiatura che evidentemente notasi al davanti dei due cuscini (forse uno solo) tanto nella figura originale, quanto nella mia riproduzione, quanto ancora nelle fotozincotipie dell'Ahlfeld e del dott. Decio, ridotte a minori dimensioni del vero (Vedi Tav. IV, Tav. V, fig. 1.ª e 2.ª). La luce proiettata in senso obliquo, che colpisce tutto il lato esterno dell'arto inferiore sinistro della partoriente, dato che la pianta del piede toccasse il suolo, non avrebbe potuto darci una benchè minima *zona bianca* al davanti dei cuscini, su cui poggiano le ginocchia della levatrice. E tanto reale è la luce che passa sotto il tallone, che essa comincia dove finisce con linea retta l'ombra del letto, quantunque lo spazio fra questo, i cuscini della levatrice ed il piede della partoriente sia brevissimo. Tale interpretazione è maggiormente giustificata dall'ombra della metà anteriore del piede, che spiega essere la luce in senso obbliquo: e questa porzione di luce che passa sotto il tallone e si disegna sul pavimento della camera come linea bianca riconosce la stessa origine (Vedi Tavola IV e V) di proiezione luminosa dello spazio bianco che riscontrasi al di sopra dell'angolo inferiore del letto, e che passa sotto il piano dell'angolo stesso. Inoltre, se la pianta del piede toccasse il suolo, sarebbe proiettata un'ombra dove notiamo la striscia luminosa, nè potrebbe la prima proiettarsi sui cuscini perchè troppo distanti. Infine, se il piede della partoriente poggiasse tutto a terra avrebbe la stessa linea prospettica della linea del letto (ciò che non è in realtà; Vedi Tav. IV, fig. 4.ª) e l'ombra del piede del letto coprirebbe il tallone del piede (ciò che non succede; Vedi Tav. IV e V).

Questi sono fatti indiscutibili, che distruggono qualsiasi asserzione in contrario e che non possono nemmeno trovarsi in contraddizione col mio primo asserto, che a differenza della posizione di Walcher quella del Melli mostra che i piedi poggiano sul pavimento, purchè voglia intendersi in parte solo, cioè con la parte anteriore del piede,

ciò che in realtà non costituisce un appoggio sicuro e solido per gli arti inferiori, che *restano egualmente sospesi in aria,* come resta sospeso in aria il corpo di *un impiccato* che pur giunga a toccare con la punta dei piedi il pavimento.

Io dunque non posso che apprezzare il saggio di discussione pedagogica e filologica tessuto dal mio collega di Milano, ma dichiaro che mentre è *applicabile* alle parole di Mercurio non è applicabile alla volontà esplicativa e figurativa del Melli e tanto meno al mio piano di difesa.

Mi si potrebbe obiettare che la precisione prospettica della figura del Melli, da me decantata, viene distrutta dal fatto che esistono incertezze di linee ed errori di disegno, da non permettere la supposizione che vi fosse nell'incisore del mio protetto tanto buon senso artistico come io sostengo. Infatti si vede *(come del resto io per primo ho fatto notare nelle mie « Rettificazioni », in apposita annotazione)* curato così male il disegno del Melli da permettere che il piede sinistro apparisca destro perchè l'alluce è all'esterno. Se però si cerca di ripetere sperimentalmente la posizione del Melli, cioè mettendo delle donne gravide o partorienti (come ho messo io moltissime volte) alla sponda del letto, con le natiche tanto all'infuori che possano toccare il terreno con la punta dei piedi, tenendo le cosce divaricate, si osserva che queste donne *iperestendono il piede, ruotandolo dall'esterno all'interno,* in modo che sul pavimento della camera tocca quasi esclusivamente il margine interno della punta del piede, cioè l'alluce. Chi può negare che il Melli abbia voluto rappresentare questo fatto graficamente, senza però esservi riuscito? È questa la domanda che rivolgo ai miei contradditori.

Intanto mi preme di fare osservare che chiunque può ripetere praticamente l'esperimento, anche sopra se stesso, nel seguente modo: si prendano due seggiole comuni, alte da terra al piano ove si deve sedere su per giù 50 cm., e si mettano una dietro l'altra (Vedi Tav. VI, fig. 6.ª). Qualunque persona (donna o uomo) che si corichi sul piano che formano le due intelaiature orizzontali delle seggiole, in modo che le natiche siano debordanti il più possibile da una delle estremità delle medesime, quando il tronco è supino, avvertirà che gli arti inferiori si alzano sul tallone per toccare il suolo con la punta dei piedi. Ora se gli arti sono tenuti divaricati, le punte dei piedi ruotano anche all'interno, toccando il terreno quasi solo coi margini tibiali degli allucci che si guardano.

Domando ora: quale è quel letto che è più basso di 50 cm.? Si può ad occhio e croce giudicare che il Melli abbia scelto un letto più basso di 50 cm.? Tutt'altro.

***

Per comodità dei lettori il dott. Decio fece riprodurre dagli originali due figure colla fotozincotipia (*aveva fatto quasi ugualmente l'Ahlfeld,* Vedi Tav. V, fig. 1.ª) « riducendo quella del Melli a proporzioni tali che le figure di queste avessero a corrispondere più che fosse possibile alle dimensioni di quelle che scorgiamo nella tavola di Scipione Mercurio. » Dal confronto di queste tavole apparisce, secondo il dott. Decio « che il Melli abbia fatto disegnare la propria tavola pigliando a modello la già esistente di Scipione Mercurio. » Io posso comprendere e concedere che il Melli abbia preso per modello la *figura del Mercurio non per copiarla, sibbene per facilitare l'esecuzione dell'incisore* di una figura, che veniva concepita per la prima volta *con modificazioni di* DETTAGLI che solo dopo più di un secolo furono apprezzati.

Aggiungo poi che non c'era bisogno di rimpicciolire la figura per dimostrare che certi particolari erano copiati *(acconciatura del capo della mammana, direzione dello sguardo, foggia dello scialle e delle calze, rimboccatura delle maniche, i parchi indumenti della gravida, ecc.)* ma che trovo strano come il dott. Decio trovi copiati anche l'atteggiamento della mammana e della partoriente, come trascuri alcuni accessori nuovi della camera della partoriente *(inginocchiatoio* e *seggiola)* e come dia poco valore ai cuscini che stanno sotto le ginocchia della levatrice e la disposizione del braccio sinistro della partoriente.

Osservando il corpo della mammana nella figura di Mercurio, si vede chiaramente che il tronco è diritto sulla pelvi mentre nella figura del Melli è piegato ad angolo ottuso (Vedi Tav. VI, fig. 1.ª e 2.ª, lettere *a, b, c*). Volendo quindi seguire la linea assile dalla testa ai piedi delle due figure, si vede che questa linea nella figura di Mercurio è piegata ad angolo retto sulle ginocchia, mentre nella figura del Melli è piegata ad angolo ottuso alla regione dei trocanteri, ad angolo acuto alla regione dei ginocchi. Di più nella figura di Mercurio la testa della partoriente fa punto d'appoggio in un capezzale (Vedi Tav. I) ed i piedi della medesima si piantano contro ai ginocchi della levatrice perchè il corpo mantenga la sua *posizione ad arco.*

Questa posizione e l'altra ancor più marcata col tronco rovesciato indietro (Vedi Tav. II) non hanno nulla a che fare con la posizione del Melli, in cui dal *sacro alla testa* la partoriente poggia sopra un piano. Evidentemente l'effetto di questo piano sulle modificazioni dei diametri del bacino deve essere positivo, per l'influenza delle articolazioni coxo-femorali e sacro-iliache, messe in movimento (rotazione dall'alto al basso e dall'indietro all'avanti) per la gravità degli arti inferiori penzoloni; tanto che la partoriente figurata nel Melli (Vedi Tavola IV e V) « sporge colle coscie assai più infuori del margine del

letto di quello che non isporga l'altra di Mercurio dal margine dei guanciali, » come osserva anche il dott. Decio. Tanto più ancora che la partoriente del Melli appoggia sul suolo col piede in modo completamente passivo, mentre la partoriente del Mercurio fa tutta la forza sul piano del letto e sulle ginocchia della mammana coi piedi, e sul guanciale cilindrico che giace fra il capo della donna e la cima del letto (Vedi Tav. I). Tanto più infine che nel disegno del Melli *vedesi* lo sforzo di sostegno che fa la porzione inferiore del tronco per l'esagerata protuberanza del *pettignone* e per la distensione della vulva, ciò che non si rivela nella figura del Mercurio (Vedi Tav. I, IV, V e VI, fig. 3.ª, 5.ª) perchè la partoriente vi riposa colle natiche e con le coscie comodamente, sopra cuscini, tenendo gli arti inferiori *avvicinati* invece che *divaricati.*

Quanto ho sopra riferito si può dimostrare ricorrendo all'artificio consigliato dallo stesso dott. Decio, cioè di ridurre la figura del Melli a proporzioni tali che possa corrispondere alle dimensioni della figura di Mercurio. Per ottenere ciò mi sono servito del *metodo del delucido* ed ho sovrapposto la figura del Melli a quella del Mercurio, cercando che il piano del pavimento dell'una sia parallelo, o coincida col piano del letto dell'altra (Vedi Tav. VI, fig. 3.ª, 5.ª). In tal modo mi sono potuto convincere maggiormente che nelle due figure la posizione della donna è diversa e che non è possibile che il Melli abbia fatto disegnare la propria tavola sulla falsariga di quella di Mercurio.

Gli artifici di locuzione, e le sottili ipotesi concepite dal dottor Decio per dimostrare il contrario, urtano purtroppo contro l'evidenza del fatto. Prova ne sia che *egli stesso* trova ed accenna qualche cosa di diverso fra le due figure, per esempio la *disposizione della testa, del braccio sinistro della puerpera ed i cuscini sotto le ginocchia della levatrice.*

Riguardo al braccio sinistro della partoriente disegnato, dal Melli, aggiungo ancora che rappresenta un movimento *attivo*, giacchè sembra che la partoriente appoggiando il gomito fra un cuscino e l'altro (prova ne sia che dal disegno appare il mancante parallelismo dei cuscini che stanno sotto il tronco supino della partoriente) ed appoggiando le mani contro le anche, pare accenni allo sforzo che fa per non cadere dal letto, non sentendo il sicuro appoggio dei piedi. Ciò che succede spontaneamente ad ognuno che si metta nella posizione da me disegnata a Tav. VI, fig. 6.ª.

Nella figura del Mercurio invece il braccio sinistro mostra un rilasciamento passivo (Vedi Tav. I). Così pure i cuscini sotto le ginocchia della levatrice dimostrano che tale *innalzamento del piano del pavimento della camera* era necessario, per facilitare le manovre della levatrice, che invece nella posizione disegnata dal Mercurio sarebbe stata troppo disagevole. Le differenze quindi che esistono fra le due

suddette figure, sono sostanziali e non possono essere distrutte dai vani sofismi della dialettica. Dunque la posizione del Melli non è quella di Mercurio e fra i caduti nel *comune errore*, àvvi oggi anche il mio carissimo ed egregio collega dott. Decio.

***

Esaminando poscia i documenti di non minore importanza, *vale a dire il testo originale dei singoli autori*, il dott. Decio ha occasione di trovarmi incompleto ed ortograficamente infedele. Questo non lo dice a parole, ma lo prova col fatto di mettere in dominio del pubblico lunghe ed intere pagine di Scipione Mercurio, scritte in quel modo barbaro che usava nel secolo XVI. A questa critica io rispondo che non credevo di commettere un delitto storico riducendo all'ortografia moderna il testo di Scipione Mercurio, ed ommettendo tutto ciò che letteralmente non interessava per la mia questione. Non credo neppure dopo la lezione gentile del collega milanese che si sia tenuti alla *riproduzione ortografica* dei libri di testo conosciuti da secoli e per le mani di tutti i dotti, tanto più quando dobbiamo servirci dei caratteri moderni che non sono sempre sostituibili agli antichi, *specialmente dal lato delle abbreviature*. Sarei del parere del dott. Decio solo nei casi di *pubblicazioni di memorie o scritti inediti*.

***

Finalmente, venendo alla posizione di Walcher, il dott. Decio si domanda *come mai un atteggiamento che ha per caratteristica gli arti inferiori penzolanti nel vuoto, giacchè questo si desume dalla frase al più possibile in basso, escludendo così l'appoggio dei piedi sul pavimento, si vuole ad ogni costo paragonare ad un atteggiamento che manca appunto di quell'attributo principale e dal quale soltanto sembrano scaturire i vantaggi nelle difficoltà dello sgravio.*

Nella prima comunicazione scrissi che se una differenza poteva apparire fra la figura del Melli e la descrizione delle *gambe a penzoloni* del Walcher era in parte da ascriversi all'usanza dei letti bassi nel secolo XVIII, per cui ponendo una donna alla sponda del letto con le gambe pendenti dal medesimo, per forza i piedi trovavano il suolo da *poggiare*. Oggi però che mi si combatte a *fil di logica* ed a *fil di spada*, rettifico il mio dire affermando che se nella figura del Melli i piedi della partoriente toccano il pavimento della camera, colla parte anteriore dei piedi, restano però sollevati i talloni, il che rigorosamente non prova che gli *arti inferiori della partoriente non siano pendenti o penzoloni*, nel senso proprio del valore tecnico della frase, secondo il

vocabolario della Crusca e secondo il parere dei migliori scrittori dell'idioma italico.

Ciò poi che *taglia la testa al toro* è l'esperimento clinico, che io ho ripetuto spesse volte e di cui riferirò nel prossimo Congresso di ostetricia e ginecologia a Torino. Il quale esperimento clinico dimostra che quando le natiche della partoriente sporgono all'infuori della sponda del letto, stando il tronco supino e gli arti inferiori pendenti (Melli), con i piedi, toccanti in parte solo o sollevati completamente dal suolo (Walcher), si verifica in ogni modo il meccanismo del sollevamento passivo del promontorio del sacro e della rotazione attiva in avanti delle anche o degli ilei della partoriente, con relativo aumento della *coniugata vera* e della *diagonale*.

Riguardo alle parole riferite dal dott. Decio e che esprimono il pensiero di Walcher, le traduco in questo modo:

« Se ora si pone un cuscino sotto il sacro e si lasciano pendere in basso le gambe il più lontano possibile dal piano del letto, si sente contemporaneamente all'abbassarsi delle ginocchia il retrocedere del promontorio. » Stando letteralmente a questo passo, che è quello stesso riportato dal dott. Decio, non trovo che le gambe della partoriente debbano essere, come interpreta il dott. Decio, *al più possibile in basso, escludendo così l'appoggio dei piedi sul pavimento.* Il Walcher parla del piano del letto e non del suolo, a me sembra.

Io ora non sto a criticare perchè sia stato dal Walcher usato impropriamente la parola *gamba* invece di *arto inferiore,* io dirò però che se le *gambe* o gli *arti inferiori* devono essere IL PIÙ POSSIBILE IN BASSO non potrà mai interpretarsi, come vuole il dott. Decio, che siano *sollevati da terra,* ma che lasciano il dubbio invece che in alcuni casi *(letto basso)* i piedi possano toccare il suolo.

Il Melli che doveva avere una padronanza obbiettiva e subbiettiva *più che descrittiva,* aveva perfino compreso che bisognava rialzare il piano del letto con due piccoli materassi, su cui potesse adagiarsi il tronco della donna partoriente, perchè gli arti inferiori rimanessero pendenti e divaricati, per *quanto era necessario,* onde facilitare il parto vizioso.

Il rialzamento del tronco della donna con due materassi portava con sè il bisogno di rialzare le ginocchia della levatrice assistente, con uno o due cuscini. Ma il dott. Decio domanda perentoriamente: *Ammesso pure per un istante che il Melli innalzasse di tanto la partoriente da rendere alla stessa impossibile il contatto delle piante col suolo, perchè in allora così non la volle delineata?*

È qui dove sta l'errore. La figura del Melli è *ben delineata,* per quanto lo permetteva l'arte di quei tempi, ma è stata *male interpretata.* Se poi il Melli in luogo di *dare al lettore una descrizione della speciale postura* lo invitava semplicemente a contemplarne il disegno, egli è forse

perchè temeva che la circonlocuzione e l'improprietà del suo dire offendesse la chiarezza del suo disegno.

Asserisca pure, quanto vuole il dott. Decio, che il Melli non ha mai parlato di *gambe*, o di *arti pendenti* in qualsiasi significato, *vale a dire non solo nel significato di penzolanti nel vuoto ma neppure nell'altro di inclinati, nel senso di Scipione Mercurio,* poichè il suo dire torna a totale vantaggio della mia storica e nazionale rivendicazione.

Il Mercurio, infatti, parlando di *arti pendenti* per inclinati ha pregiudicato la sua questione di priorità.

Il Melli, *tacendo qualsiasi termine di* ARTI PENDENTI *od* INCLINATI, *ma dando una figura con* ARTI PENZOLONI, ha tutto il merito della invenzione. Egli ha però scritto: *Conosciuto il parto essere vizioso doverà condurre* (la levatrice) *piacevolmente la partoriente sopra la sponda del letto ed* AGGIUSTARLA *come è il disegno nella figura I, Tav. I, libro terzo, pag. 316* (1721) (Vedi Tav. IV e V).

Meglio una *figura esatta* che cento parole ambigue.

Alcuno potrà oggi obbiettarmi: Il Melli ci ha lasciato solo *un documento da interpretare!* Non importa, rispondo io. Sono passati 177 anni, ma il documento esiste ed è del Melli. Basta! Se oggi gli scavi archeologici scoprissero un documento originale possiamo noi escludere che il documento è *antico* perchè non conosciamo la descrizione della persona che per prima l'escogitò.

È *gloria italiana e non tedesca* la posizione del parto a gambe pendenti.

Tale posizione deve portare il nome del Melli, non quello di Walcher e tanto meno quello di Scipione Mercurio (1). Lascio al dott. Decio l'ingenua ambizione di precedere la critica degli *stranieri*. A me basta di sostenere una causa *per la verità e per la giustizia* e godo che questa sia PRO MELLI!

---

(1) Per la parte di critica che riguarda la nota finale del dott. Decio dove incidentalmente si parla della posizione consigliata da Mercurio per le donne grasse, che fu biasimata dal medesimo Melli (Vedi Tav. II), le nostre idee combinano naturalmente (Vedi il mio articolo sopracitato n risposta al La Torre (*Supplemento Policlinico*, Roma, 1898).

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE.

TAVOLA I (S. Mercurio). — Sito necessario in ogni parto vizioso nel quale si debbono collocare tutte le gravide che difficilmente partoriscono per quale si voglia causa.

TAVOLA II (S. Mercurio). — Sito nel quale si debbono collocare le donne partorienti che sono molto grasse.

TAVOLA III (S. Mercurio). — *Sito primo* (in altra tavola da noi trascurata, è spiegato il *sito secondo* in cui la partoriente è supina sul letto) necessario al parto cesareo.

TAVOLA IV (S. Melli). — Mostra la situazione che deve dare la signora comare alla donna partoriente alla sponda del letto, avendo in sito vizioso, ossia illaudabile, la creatura, come al capitolo III, ecc. è chiamato.

TAVOLA V (S. Melli). — Figure ridotte.

Fig. 1.ª — Riproduzione schematica col metodo del delucido della fotozincotipia dell'Ahlfeld.

Fig. 2.° — Riproduzione litografica ridotta della tavola del Melli imitando le proporzioni ottenute dal Decio con la fotografia applicata alla zincotipia.

TAVOLA VI (S. Mercurio, S. Melli, M. Pazzi). — Figure schematiche.

Fig. 1.ª — Donna di Mercurio; *a, b, c,* angolo retto unico.

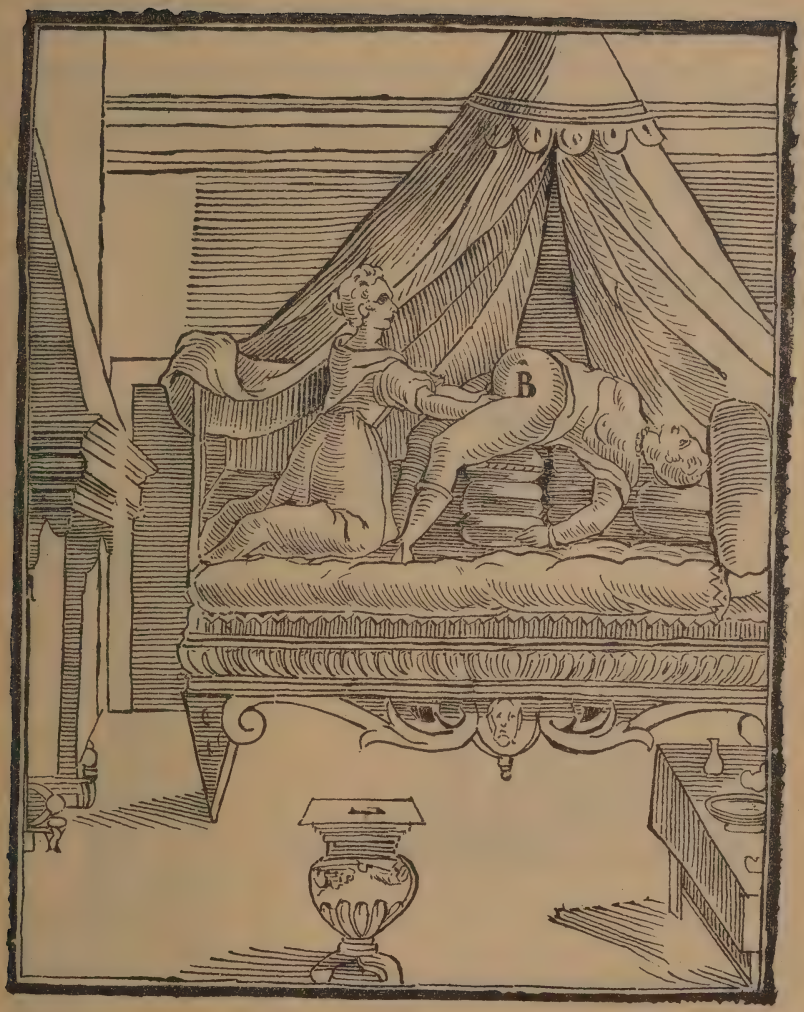
Fig. 2.ª — Donna di Melli; *a, b, c,* linea ad angoli multipli.

Fig. 3.ª — La linea punteggiata segna una parte della figura del Melli. La linea continua segna una parte della figura di Mercurio. Le due linee sono sovrapposte, ma siccome la pendenza degli arti inferiori è maggiore nella figura del Melli, i piedi naturalmente scendono più in basso del piano del letto di Mercurio, rimanendo i due piani ugualmente paralleli. Volendo fare coincidere i due piani, il ventre della donna si innalzerebbe come descriveremo nella figura 5.ª

Fig. 4.ª — Un arto inferiore della donna di Melli dove apparisce il dislivello fra il tallone e la punta del piede.

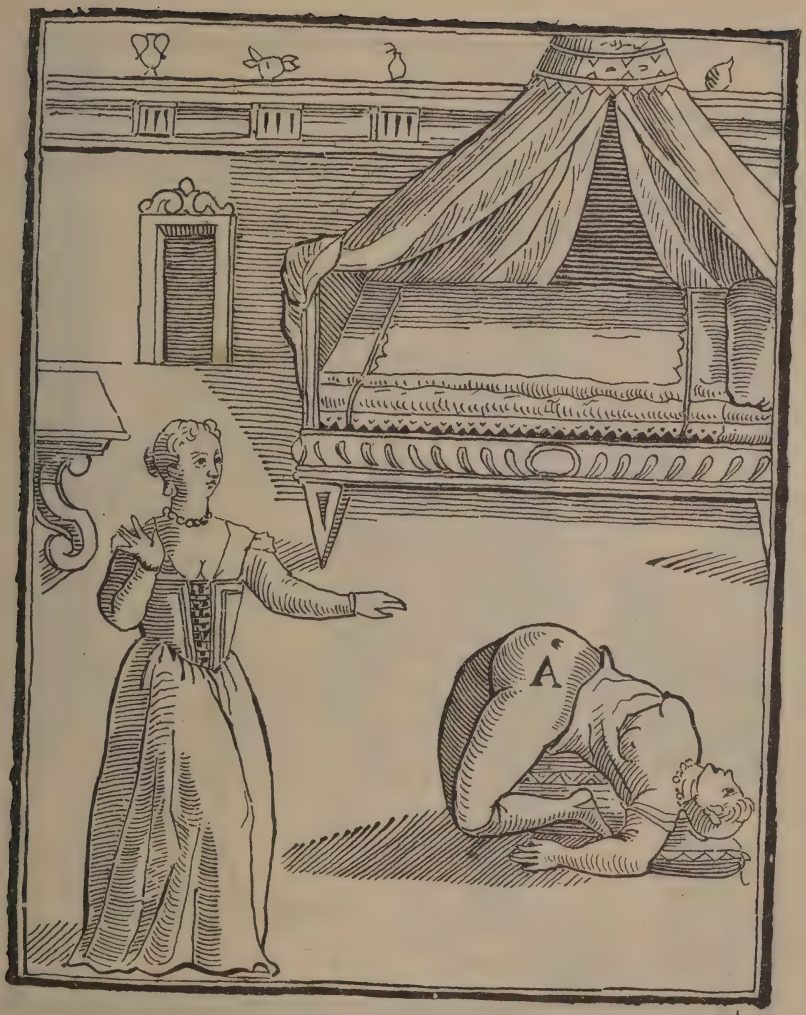
Fig. 5.ª — Sovrapposizione della figura del Melli (linea continua) alla figura del Mercurio (linea punteggiata). — Qui si vede che facendo coincidere il piano del letto di Mercurio col piano del pavimento della camera di Melli, il tronco della donna per mantenere il parallelismo del piano del letto con quello del pavimento è costretto innalzarsi, mostrando però sempre la maggior inclinazione delle gambe nella donna del Melli e la maggiore inclinazione della testa nella donna del Mercurio.

Fig. 6.ª — Posizione a gambe pendenti sulle sedie (Pazzi).



LIT. F. BARBIERI - BOLOGNA.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 JAN 98

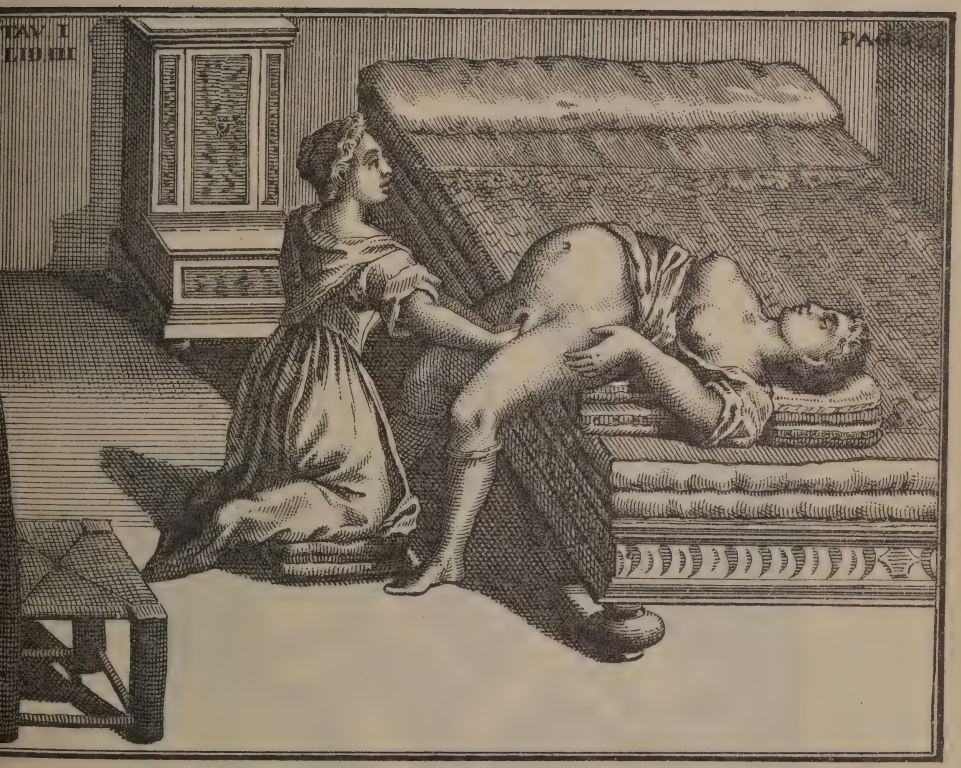


LIT. F. BARBIERI - BOLOGNA.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
15 JUN 98
LIBRARY

LIT. F. BARBIERI - BOLOGNA -

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 JUN 98
LIBRARY

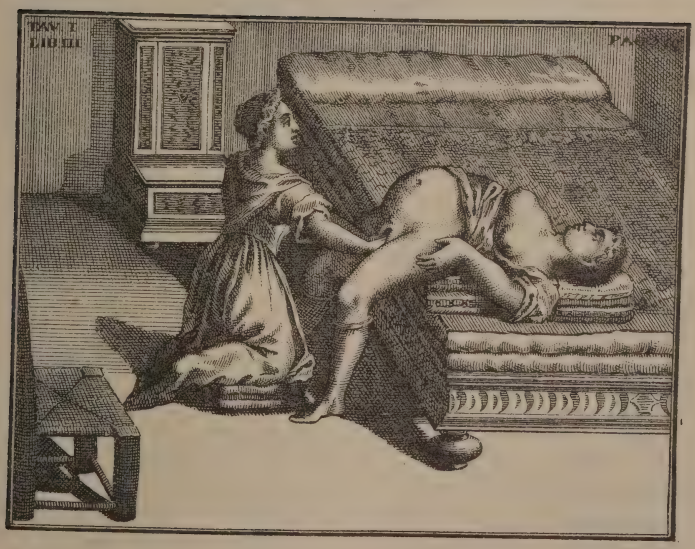


LIT. F. BARBIERI-BOLOGNA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 JUN 98
LIBRARY

Fig. 1ª

Fig. 2ª



LIT. F. BARBIERI - BOLOGNA.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 JUN 98
LIBRARY

Fig. 1.ª

Fig. 2.ª

Fig. 3.ª

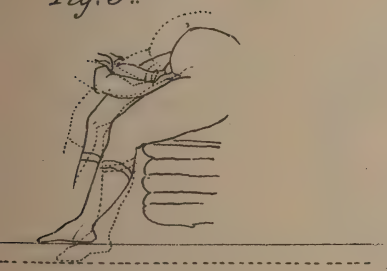


Fig. 4ª

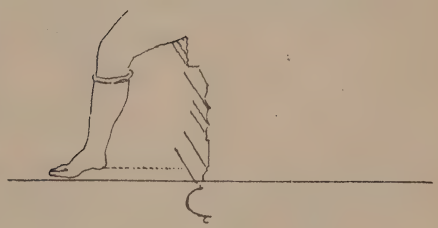


Fig. 5.ª

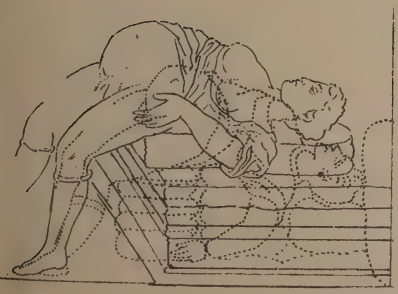
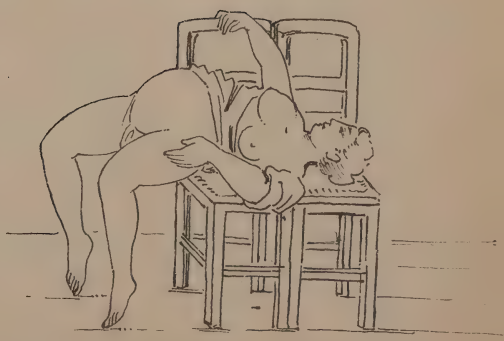


Fig: 6.ª



LIT. F. BARBIERI - BOLOGNA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
15 JUN 98
LIBRARY

Ulteriori osservazioni intorno alla posizione di Walcher.

Lettera aperta del Dott. **F. CARLO DECIO** al Sig. Dott. Muzio Pazzi, Ostetrico Primario degli Ospedali di Bologna, in risposta all'articolo **PRO MELLI**, quale replica al **Cenno storico-critico-confermativo della priorità di una peculiare giacitura delle partorienti: POSIZIONE DI WALCHER.**

Egregio Collega,

Tanto poterono sovra di me i vostri ragionamenti, ch'ebbero la forza di obbligarmi a desistere dal silenzio che mi ero a tutta prima imposto, ed a rispondervi sovra alcuni punti, ringraziandovi in pari tempo di avermi offerta la opportunità, con nuove riflessioni, di essermi rafforzato vieppiù ne' miei convincimenti, giacchè in conformità della sentenza del filosofo di Verulamio: *quae in natura fundata sunt, crescunt et augentur, quae in opinione, variantur non augentur.*

***

Mi ero *permesso* muovere osservazione sul metodo onde riproduceste i disegni pel fatto che gli odierni procedimenti fotografici godono di incontestabile preferenza per la loro esattezza, che non potrà mai essere ottenuta da un lavoro manuale. Nè vogliate credere che quanto ora io vi ripeto, sia una gratuita asserzione, e presto ve ne convincerete. Voi vi trovate in obbligo di manifestare che l'artista non deve essere cognito *del fine cui deve servire* il lavoro, e che esso deve essere *sotto ogni riguardo* persona *competente ed onesta;* voi ammettete adunque in via subordinata, che talora o per mire speciali o per deficiente competenza, la riproduzione col delucido possa allontanarsi dall'originale. Le vostre tavole io ho encomiate e ancora encomio siccome il massimo forse della perfezione cui può giungere il *delucido*, ma per quanto *valente* ed *onesto* il vostro signor Barbieri ommise alcuni particolari nella Tavola III.ª dell'estratto che gentilmente mi inviaste, ommissione che la fotografia non avrebbe consentito. Non senza vostra sorpresa voi osserverete che nell'interstizio costituito dai contorni della spalla destra dell'assistente che sorregge la donna al sinistro lato, e del braccio sinistro dell'altro, che la sorregge per di dietro, mancano tutte le tratteggiature orizzontali destinate a raffigurare una parte del letto; nè

ciò basta, tra il braccio sinistro della stessa donna, e l'assistente di sinistra avvi nell'originale un complesso di linee che mettono in rilievo il bordo destro del tronco dell'assistente collocato a sinistra. Ora tutto ciò manca nella vostra riproduzione; di tali ommissioni, egregio collega, ammetterete io credo ancor voi, non avreste potuto incolpare il più modesto obbiettivo fotografico. Ma non basta ancora, il vostro artista ha altresì aggiunto del proprio. Volete persuadervene? Guardate la vostra Tavola I.ª in cui, sebbene il Barbieri abbia riprodotto fedelmente una imperfezione del disegno originale nella parte anteriore della cornice del camino (nella quale le linee che la determinano risultano interrotte), non si curò di interrompere la linea della cappa del camino stesso là ove essa viene ad unirsi coll'altra linea verticale che raffigura l'angolo sinistro della camera, formando così, le due linee, il vertice di un angolo acutissimo. E notate, egregio oppositore, che se tali pecche si verificano in disegni *lineari*, come voi dite, eseguiti da *incisore in legno molto lontano dall'essere perfezionato*, in disegni rappresentati da grosse linee, e perciò facilmente visibili a colui che si ponga a *delucidarle*, dico io a quali inesattezze di proporzioni e di dettagli potrà condurre il metodo da voi patrocinato, qualora venga rivolto alla riproduzione di tavole incise in rame, nelle quali il disegno è assai più fine e costituito, di solito, da tratti di diversa grossezza. Anche nella tavola riprodotta dal Melli non potrete più asserire *che il metodo del delucido non la cede in nulla al metodo fotografico*. Osservate, vi prego, l'intreccio di luci e di ombre che figurano sotto la seggiola nell'incisione originale, e confrontatelo colla vostra riproduzione; il vostro artista ha tralasciato tutta una zona di luce proiettata sul pavimento: osservate, vi prego, lo zoccolo immediatamente sovrastante ai piedi dell'inginocchiatoio; il vostro Barbieri ha ommesso tutta una ombreggiatura rappresentata da lineette verticali nell'originale, ombreggiatura tutt'altro che indifferente nell'armonia della tavola, e la ragione della quale non starò io a rammentare a voi, che tanto scrupoloso e sollecito vi mostrate più oltre degli *effetti di luce e di ombre*. Ciò osservo al metodo del *delucido* pel fatto delle ommissioni e delle aggiunte, giacchè se volessi guardare alla fedeltà dirò così numerica delle tratteggiature, alla fedeltà della loro proporzione in confronto dell'originale, alla loro direzione, dovrei dirvi che la riproduzione della tavola del Melli fatta dal Barbieri è ben lungi dal rappresentare un *fac simile* soddisfacente. Infatti come avrebbe potuto l'artista delucidare tutti indistintamente i sottili tratti derivanti dal fine intreccio degli svariati e sovrapposti solchi del bulino? E supposto che esso vi fosse riuscito, come avrebbe potuto dare ai medesimi tratti quella diversa grossezza, che poi finisce per conferire alla riproduzione quel non so che di caratteristico in tutti i particolari, come appunto ci dà la fotografia? Guardate l'intersezione delle linee che

formano il pavimento vicino all'inginocchiatoio, e ditemi se una macchina fotografica qualunque avrebbe perduto il parallelismo di dette linee siccome l'ha perduto il vostro litografo bolognese!

Dite che la fotografia *può alterare qualche linea o qualche ombra che per cattiva arte sia stata mal delineata o male incisa nel modello originale.* Ma, scusatemi la domanda, perchè la fotografia deve alterare gli eventuali errori e non tutto il disegno? La vostra frase include il preconcetto della correzione manuale, correzione che andrebbe a scapito di quella fedeltà, che voi col vostro delucido vi proponete. Se un errore esiste, l'obbiettivo fotografico lo riprodurrà identico; come mai potrebbe renderlo più evidente? E questa domanda mi permetto altresì rivolgervi, in quanto che l'argomento che portate colla frase: *prova ne sia che la fotografia applicata o no alla zincotipia rende più evidenti gli errori che casualmente potrebbero esservi nel disegno originale,* oltre che non essere conforme al vero, è difettoso come raziocinio, che nulla spiega, pari a quello del bambino, che interrogato sul perchè, ad esempio, gli spiaccia l'amara cervogia, risponde colla solita e pur vezzosa ingenuità: perchè non mi piace.

Sarò con voi, quando mi parlerete di inesattezze collegate alle immutabili leggi dell'ottica, ma tutto questo non regge per la riproduzione di un disegno lineare tracciato su di un unico piano, rappresentato nel caso nostro da un foglio di carta. E concedendo che la fotografia abbia talora (non *sempre* come voi dite) bisogno di ritocchi i quali *per quanto fatti da persona onesta e mano abile* non « possono garantire la matematica esattezza in ogni benchè minimo dettaglio » sarete pur tuttavia convinto per quanto vi ho esposto che essendo limitati a pochi punti, allorchè necessari, i difetti saranno minimi e neppure paragonabili ai molteplici rilevati nelle vostre tavole a delucido.

Oltre poi alla fedeltà numerica delle linee, la fotografia conferisce alle riproduzioni la caratteristica incertezza dei contorni, le irregolarità del tracciato, e rende, direi quasi, la stessa plasticità dell'originale antico (massime nel caso di incisione in legno) per lo più impresso sovra carta grossolana in cui la pressione dei torcolari lasciò oltre all'inchiostro una vera e propria impronta della tavola. Doti tutte pregevolissime, e « sincere guarentigie nei casi di confronti di differenti esemplari pur nel complesso somiglianti » doti tutte che mancano nè potevano esistere nelle vostre riproduzioni, le quali, a parte i difetti sovraccennati, nella parte artistica sono così monotone da darci un tutto grigio, senza contrasti e senza tutte quelle incertezze originali dal cui complesso scaturisce appunto la completa illusione della visione del documento originale. Domandatelo ai raccoglitori, agli amatori di antiche stampe; essi vi risponderanno a prezzo di quali difficoltà e di quali artifici si arrivi talvolta a stabilire la contraffazione fotografica

dei Rubens, dei Rembrandt, dei Potter, dei Dürer, dei Lucas di Leyda, e via dicendo!

Tutto quanto vi ho esposto vale anche pel rimpicciolimento, che talora può essere necessario per ragioni di spazio, talora per rendere più efficaci i confronti, o talora anche per ragioni di pura economia. Il mezzo di rimpicciolimento da voi indicato, è a me noto da tempo essendomi sempre interessato di quanto spetta alle arti grafiche; esso è ingegnoso, *semplice*, ma non *fedele* quanto voi credete, poichè lo stiramento della membrana estensibile può effettuarsi in modo ineguale, non così l'impicciolimento che s'ottiene per mezzo di misurate distanze focali. Il metodo poi, essendo sempre subordinato ad un delucido primitivo, ripeterà gli identici errori di quello. Infatti la vostra figura 2.ª della Tavola V ha le stesse pecche da me rilevate nella vostra Tavola IV, ragione per cui, pure lodando la riuscita del lavoro abilmente condotto in linea tecnica, esso risente del peccato d'origine, ed in allora voi per il primo dovrete persuadervi che il vostro rimpicciolito *esemplare è inferiore* PER PRECISIONE *a quello* da me offerto colla fotozincotipia.

***

Di poco valore, ma *esatta*, aveva detto la vostra osservazione, riguardo alla erronea citazione del prof. Ahlfeld, in quanto al valore nella questione principale. Non conoscendo quel trattato, non feci obbiezioni circa la zincotipia, che secondo ogni consuetudine dovevo credere fosse stata direttamente ricavata dal testo del Melli. Ora voi mi dite che in essa mancano gli accessori della seggiola e dell'inginocchiatoio, e quello che più importa rilevate una differenza sostanziale nel disegno dei contorni, e dite che alla *stregua delle mie considerazioni* dovreste *accusare il prof. Ahlfeld di poca fedeltà all'originale nella sua fotozincotipia*. Egregio collega, siamo perfettamente d'accordo; la figura dell'Ahlfeld non rappresenta un fac-simile, ma una semplice copia od imitazione della incisione del Melli, ma di ciò nessuno vorrà incolpare la zincotipia. L'Ahlfeld fece copiare a mano il disegno originale; se l'artista si è scostato dal modello con ommissioni e varianti, non poteva di certo la fotografia cangiare il lavoro nel senso delle forme primitive, e tanto meno aggiungere le parti mancanti. La lastra sensibile ha riprodotto *fedelmente* ciò che le venne parato dinanzi, non confondiamo la zincotipia ottenuta direttamente da un originale appunto perchè riproduca il modello in tutte le sue particolarità, colla zincotipia accettata per la sola comodità che essa offre nella fabbricazione del cliché, la quale, ripeto, sempre in omaggio alla esattezza riprodurrà gli eventuali errori, le eventuali mancanze pressochè inevitabili nel lavoro manuale.

***

Chiamate pure, se così vi aggrada, *questione linguistica* (quantunque io vi avessi dichiarato di non « voler scendere a tali sottigliezze »), l'osservazione sulla improprietà di linguaggio allorchè diceste che la donna raffigurata nella vostra Tav. III.ª è disposta ai bordi del letto *con le gambe penzoloni e i piedi toccanti il suolo,* ma, egregio collega, non sono io che *sostenga,* come voi dite, che il verbo *pendere* o *penzolare* significhi *star pendente o sospeso in aria;* sono i vocabolari della nostra lingua, che, a giudicare dalle vostre parole, voi tentate, ma indarno, di violentare contrariamente al significato universalmente accetto, per ritorcere il senso di svisati vocaboli a vantaggio della vostra tesi.

Vero è che ora, pur di sostenere il vostro primitivo asserto, uscite col dire che le gambe di quella donna *si trovano penzoloni, coi piedi che toccano il suolo,* ed aggiungete, MA SOLO APPARENTEMENTE.... *cioè non sono in realtà penzoloni, perchè non sospese in aria, ma sostenute dalle mani di un assistente posto ginocchioni davanti alla medesima.* No. Se questo vostro convincimento scaturisce dall'esame della figura, voi stesso vi persuaderete con un'ulteriore ispezione, che tanto i piedi della donna quanto quelli dei due assistenti laterali (comechè mancanti di ombre portate sul pavimento) poggiano invece realmente sul suolo. Nè d'altra parte si avrebbe potuto spiegare la ragione, onde un assistente ginocchioni avesse dovuto sostenere dal pavimento le gambe dell'operanda, rendendola così mancante di un sicuro e valido appoggio, pur necessario a conseguire quella relativa immobilità che la sezione cesarea comportava. E se neppure questo potete accettare, sorpassiamo pure *il saggio di discussione pedagogica e filologica,* che dite avervi tessuto, e, se non vi spiace, udite le stesse parole di Scipione Mercurio che indubbiamente, io credo, leggeste, ma che a quanto pare o vi sono sfuggite od avete dimenticate: *Se sia gagliarda, l'accomodi appoggiata a sedere nella sponda del letto in questo modo; Pendano le gambe a basso,* (cioè siano inclinate in basso) & I PIEDI TOCHINO LA TERRA, *e resti ella supina. ecc.,* e a proposito degli assistenti, che all'uopo potevano essere ragazze *gagliarde e coraggiose*: *due tengano le braccia, e le spalle, e l'altra cacciataselle tra le ginocchia le abracci le coscie, e le tenga* (non sostenga), *saldamente.* Ciò è stampato nella *Commare o Ricoglitrice* che come voi dite è « *libro di testo conosciuto da secoli e per le mani di tutti i dotti.* » Per tali ragioni credetti difendere il Rossi Doria dall'accusa che gli moveste di avere cioè confuse fra di loro le varie figure dell'opera di Mercurio, e specialmente a proposito di quest'ultima sopra la quale precipuamente fermaste la vostra attenzione, e che era proprio quella che meno si prestava a sostegno della vostra supposizione.

Ma veniamo finalmente al Melli,

Nel primo vostro lavoro *Rettificazioni, ecc.*, esplicitamente dichiaraste che la posizione di Walcher varia da quella del Melli *per tenere i piedi della partoriente sollevati da terra:* in un'altra vostra pubblicazione *(Bollett. delle Levatrici)* ritornando sullo stesso argomento vi siete espresso con queste testuali parole: *Nella figura da noi riportata dall'opera del Melli vedesi rappresentata la posizione del parto a gambe pendenti, con la semplice differenza che secondo il concetto di Walcher i piedi della partoriente non toccano il suolo.* Quindi ammetteste pur voi che il disegno del Melli mostra i piedi toccanti il pavimento, ed anzi ribadiste la vostra convinzione facendo notare che PER FORZA I PIEDI dovevano poggiare in ragione della bassezza del letto. Sono le vostre stesse parole, egregio collega, nè so comprendere la frase che ora mi accusa di combattervi a *fil di logica* e peggio a *fil di spada.* Vedo per altro che ora modificaste, parzialmente almeno, il vostro dire: *nella figura del Melli apparisce a priori che la pianta del piede poggia sul pavimento, mentre in realtà, non tocca il suolo che la parte anteriore del piede (falangi e piccola porzione del metatarso).* Malgrado la rettifica non potete escludere l'appoggio, e siccome la differenza fra le posizioni di Walcher e di Melli consiste appunto in tale particolarità, del poggiare cioè o non poggiare, così non può accettarsi l'identità fra le posizioni medesime. Voi stesso vi eravate accorto della contradizione e cercaste di attenuarla dicendo che: « i piedi *poggiano sul pa-* » *vimento,* purchè voglia intendersi in parte solo, cioè colla parte an- » teriore del piede, ciò che in realtà non costituisce un appoggio » sicuro e solido per gli arti inferiori, che *restano ugualmente sospesi* » *in aria,* come resta sospeso il corpo di un impiccato, che pur giunge » a toccare colla punta dei piedi il pavimento. » Certo che il *corpo* dell'impiccato è sospeso in aria, nessuno lo contesta, ma dire sospesi in aria i suoi *piedi,* se *questi* giungono a toccare il pavimento colla loro punta è sempre un effetto di valutazione di vocaboli. Del resto lasciamo l'appiccato, e le definizioni dell'impiccagione secondo i più autorevoli autori della medicina legale; anche il *corpo* della gravida nel nostro caso è sostenuto dal letto per la massima parte, ma i piedi *poggiano sul pavimento,* lo diceste voi stesso, ciò non ostante, persistete nel dire che, *restano ugualmente sospesi in aria.* E a che prò invocare la sicurezza e la solidità dell'appoggio (quantunque solido e valido è quello che risulta ripetendo sperimentalmente la posizione del Melli)? Dato che l'appoggio esista, come voi stesso ammettete, colle falangi e con parte del metatarso, ne risulta che gli arti inferiori sono sostenuti, non già penzolanti o *sospesi in aria,* e però astrazion fatta dalla questione linguistica, non possono esercitare alcun effetto di trazione in basso causato dal peso, che agisce sugli ilei in corrispondenza delle articolazioni coxofemorali.

Per tutte queste ragioni potrei riputare superfluo il rispondere alle

ragioni prospettiche e pittoriche da voi addotte per dimostrare che il tallone è sollevato dal pavimento, se non credessi utile invece farvi cenno come talune vostre asserzioni, che chiamate *fatti indiscutibili*, non siano soffulte dalla veridica prova dei fatti.

Intanto quella zona che chiamate *bianca*, concedo sia tale nella vostra imperfetta riproduzione, non così nella mia zincotipia, giacchè così non fu espressa nella tavola originale, e questo sia detto per incidenza ancora per mostrare la tanto decantata esattezza del *delucido*, e non già ch'io intenda interpretare artificioso quel mutamento, che ho riscontrato come semplice ommissione fin dalla prima vostra pubblicazione. Del resto pure ammettendo quella zona alquanto illuminata, tutto il vostro ragionamento non può sostenersi come quello che esclusivamente si basa sull'esame di un documento tutto sbagliato nella parte prospettica, ed in particolar modo negli effetti di luce o di ombra. Voi stesso ve n'eravate accorto, ed antivenendo la obbiezione cercaste parare il colpo citando un altro errore esistente nel disegno, errore anatomico, dietro il quale, a vostro giudizio, si sarebbe celata una intenzione del Melli, senza che l'incisore sia riuscito a riprodurla. Il piede destro della gravida delineato invece come sinistro, dovrebbe, secondo voi, rappresentare la rotazione dall'*esterno all'interno* che si verifica nella famosa decantata posizione, e che voi pure dite di aver verificata nelle vostre esperienze, *in modo che sul pavimento della camera tocca quasi esclusivamente il margine interno della punta del piede cioè l'alluce.* Non vi seguirò sui particolari dettagli di questa scoperta, nè muoverò critiche alla vostra fig. 6.ª della Tav. VI, che nella spiegazione delle tavole chiamate posizione a gambe pendenti sulle sedie (Pazzi); (la quale oltre ai pregi artistico-prospettici risulta di una attuabilità assai problematica anche acrobaticamente, massime poi nelle eventualità dello sgravio), solo mi permetto di osservare che è assai peregrino il fatto che, desiderando il Melli raffigurare una rotazione all'interno del piede e relativo alluce, l'artista invece glielo abbia delineato perfettamente all'opposto. E sì che per ciò non era necessario un gran buon *senso artistico!* Del resto la vostra ipotesi è contraddetta da una vostra stessa asserzione. Voi dite se il tallone poggiasse *avrebbe la stessa linea prospettica del letto;* no, egregio collega, questa in primo luogo è una regola di vostro conio, la quale distruggerebbe l'esistenza dei così detti *scorci*, e secondariamente non poteva a meno quel piede di essere disegnato come rivolto all'esterno, perchè, come già feci notare nel mio *Cenno*, in entrambe le figure Mercurio-Melli « rispettivamente alla linea orizzontale l'addome e gli arti inferiori delle gravide sono delineati obliquamente da destra a sinistra » ed ora aggiungo per maggiore intelligenza, che nella figura del Melli maggiormente appare che la linea mediana della gestante, considerata dall'addome in giù, non è perpendicolare alla linea del letto, ma obliqua alla stessa

e per conseguenza (tanto più essendo gli arti divaricati) il piede doveva figurare appunto come lo osserviamo, cioè alquanto rivolto all'infuori. Vedete adunque che anche ciò è in perfetta contradizione colla ipotesi della recondita intenzione del Melli. Se l'artista per avventura avesse rotato all'indentro la punta di quel piede, per obbedire all'ostetrico, in allora il piede sarebbe risultato normale alla linea prospettica del letto nel suo lato minore, e in tal caso quale argomento avreste portato in favore dell'appoggio del tallone? Forse quello della mancata proiezione di ombra sul medesimo? Quando, pur seguendo la direzione di tale proiezione noi troviamo le ombre mancanti appunto ove indubbiamente dovevano esistere? Se la luce diretta obliquamente da destra a sinistra fu capace di stampare sul muro lo spigolo del genuflessorio, essa doveva pure interrotta dalla parte anteriore del letto, gettare in ombra gran parte della gamba sinistra della gravida compreso il calcagno, non che i contorni anteriori della levatrice. Voi direte che la licenza dell'artista può spiegarsi col fatto di non aver egli voluto (con quell'ombra che ommise) pregiudicare l'effetto del famoso tallone sollevato. Sta bene; accetterei l'obbiezione qualora in questo solo punto esistesse il difetto, ma la mancanza dell'ombra portata dal guanciale sulla parete di sfondo, che avrebbe dovuto figurare immediatamente dietro il capo della levatrice, in armonia coll'ombra dell'inginocchiatoio, non potrà mai essere invocata in favore del tallone sollevato; essa è una mancanza sostanziale che prova l'imperizia dell'incisore e priva d'ogni valore il vostro ragionamento. Del resto l'appoggio dei piedi è ora anche da noi ammesso, parziale se si vuole, ma indiscutibile, il che è una ulteriore prova che la figura del Melli « fu fatta disegnare pigliando a modello la già esistente di Scipione Mercurio. » Anche su questo punto ora voi pure convenite, e me ne compiaccio, sebbene crediate che ciò sia stato per facilitare l'esecuzione all'incisore, il quale per altro doveva introdurre *modificazioni di dettagli*. Malgrado tutte le modificazioni, le figure delle due donne, sono quelle che meno ne subirono, e quella che rappresenta la gravida può dirsi sia pressochè identica in entrambi gli autori, ad onta delle sovrapposizioni delle vostre figure lineari, che tenderebbero dimostrare il contrario. A lungo mi sono soffermato a mostrare l'identità dell'*atteggiamento bizzarro* di entrambe quelle partorienti, atteggiamento che ora aggiungo anatomicamente problematico a ripetersi praticamente se non a prezzo di smodati contorcimenti, flessioni della colonna lombare. Quell'atteggiamento preso a sè è talmente identico nelle due figure che esse possono essere comprese in un semicerchio, il cui centro faccia capo al punto mediano di una retta che congiunga rispettivamente la testa ed il piede (Vedi le figure 2.ª e 3.ª della Tavola II.ª). E d'altronde se nella sovrapposizione di quelle immagini aveste seguito il concetto di far combaciare le linee determinanti la gamba e la coscia di quell'arto si-

nistro, che voi dite penzolante, linee che formano un angolo ottuso al cavo popliteo e non aveste fraintesa la rotazione esterna del piede della gravida del Melli, e così posto in non cale la vera linea di appoggio di tutta la faccia plantare, in allora avreste veduto, ciò che del resto potrete sempre fare, come quelle figure si rincorrono starei per dire nella intera linea del loro tracciato. Unica differenza, lo ripeto, è quella che riscontriamo nell'arto superiore sinistro, ma questa era inevitabile per ovvie ragioni, senza volervi vedere lo sforzo che avrebbe dovuto fare la gravida per non cadere dal letto, giacchè in allora a questo, e non alle proprie anche, si sarebbe appoggiata!

Riguardo poi alla differenza della stazione eretta della comare di Mercurio, in confronto della stazione lievemente accoccolata dell'altra del Melli, vi faccio notare che fu necessaria conseguenza della sottoposizione di quei cuscini, che secondo voi avrebbero dovuto facilitare le manovre alla comare, cuscini inutili nel disegno di Mercurio in cui la mammana già si trovava sulla soffice superficie del materasso. Le differenze che esistono fra quei disegni sono insignificanti in confronto dalla totale conformità delle 2 tavole ed appunto per ciò, lo ripeto, dato di voler rivendicare la priorità all'Italia basandoci sull'esame di quelle figure non si potrebbe dimenticare il nome dell'ex frate domenicano. Gli arti inferiori della gravida di quest'ultimo non sono *avvicinati*, come voi dite, giacchè fra i medesimi sono disegnati gli avambracci della comare, che lo stesso Mercurio disse (ciò che voi ommetteste) *in ginocchioni* TRA LE GAMBE *della partoriente;* essi soltanto *appaiono meno divaricati* per l'imperizia dell'artista. L'incisore del Melli, più abile, corresse il modello che copiava, e però divaricando maggiormente quelle coscie, che pur fedelmente seguiva nella direzione obliqua da destra a sinistra, trovò altresì necessario di rivolgere alquanto a sinistra, cioè all'esterno il piede poggiante sul pavimento, ciò che voi interpretaste, come già dissi, un artificio per dimostrare l'appoggio della sola punta del piede, malgrado la contradizione della pretesa rotazione all'interno.!!

***

Mi ha fatto poi molto peso la particolare circostanza del vostro rammarico per le estese citazioni originali, ed ancor più del senso recondito che alle medesime attribuiste. Se ciò feci, fu semplicemente per dimostrare vieppiù che la posizione Mercurio-Melli, fu solo intesa a rendere comodi per non dire addirittura *possibili* i maneggi della comare, maneggi che appunto sono specificati nelle parti da voi ommesse a tutto scapito della questione. Non per questo vi chiamai *incompleto;* e se nel riportare quei brani ne conservai la testuale dicitura, ero ben lungi dall'immaginare che voi vi sareste attribuita la gratuita

censura di trovarvi *ortograficamente infedele,* e che peggio mi avreste parlato di *delitto storico,* che giammai (nè altrove, nè in questo ozioso particolare) mi sono sognato di attribuirvi. E per quanto *nelle mani di tutti i dotti,* quei libri, credetelo, sono per lo più oggigiorno sfogliati per curiosità, che letti e studiati con attenzione, e tanto è vero questo asserto, che a voi stesso, che indubbiamente, io credo, leggeste la *Comare* del Melli, sono sfuggiti alcuni interessantissimi brani i quali ci provano che la pretesa di lui posizione a gambe pendenti, o come voi dite penzolanti, al pari di quella di Scipione Mercurio, fu proprio esclusivamente suggerita dalla comodità per rendere possibili le manovre vagino-uterine alla comare ed al chirurgo là ove erano necessarie. Non temete però che io ora interi vi riproduca quei brani, a me basterà l'indicare le molteplici circostanze nelle quali il vostro Melli raccomandò sempre la *stessa* giacitura, nelle quali non poteva la medesima essere invocata quale risultato della osservazione empirica *che in tale posizione poteva meglio effettuarsi il parto.* Così nelle presentazioni della testa colle mani, o delle sole mani (Lib. III, Cap. 4.°), nelle presentazioni delle mani e dei piedi assieme o dei soli piedi (Lib. III, Cap. 5.°), nel parto agrippino (ibid.), nel parto per le spalle, pel dorso, per le gluzie (Lib. III, Cap. 6.°), nel parto in cui la creatura si presenta col petto, col lato, col ventre, colle ginocchia (Lib. III, Cap. 7.°), nel parto doppio (Lib. III, Cap. 8.°), nel parto mostruoso e male situato (Lib. IV, Cap. 5.°), e in tutto ciò, meno male ancora, ma che diremo se la ora vantata situazione, che il Melli ci offerse in disegno alla fig. 1.ª della Tavola I.ª era dallo stesso comandata nel parto al quale precede il funambolo ombilicale e la placenta (Lib. III, Cap. 9.°), dovendosi fare l'estrazione dei falsi germi e delle mole (Lib. IV, Cap. 1.°), per l'estrazione delle secondine (Lib. IV, Cap. 2.°), non che nelle emorragie uterine? (Lib. IV, Cap. 3.°).

Ora io non so come quella figura, ammettiamo pure per un istante *ben delineata,* possa dirsi che venne *male interpretata!* A meno che pur accettando la vostra frase, mi permettiate la domanda: A chi spetta la cattiva interpretazione? Il Melli, egregio collega, ornò il proprio trattato con una tavola tolta a Scipione Mercurio per dimostrare la situazione più conveniente alla gravida ed alla mammana in tutti quei casi nei quali si rendevano necessari aiuti manuali presi indistintamente, qualunque essi fossero (ciò che pure aveva fatto anche Mercurio), e non gli frullò mai per la testa il distacco parziale o totale dei piedi dal pavimento, e, lo ripeto, qualora avesse creduto far emergere tale peculiarità, in qualche caso speciale, in allora lo avrebbe fatto emergere dal disegno; e supposto per un istante che l'artista non vi fosse riuscito, il che entra nelle ipotesi meno accettabili, l'autore *a fortiori* avrebbe sentito la necessità di descrivere il famoso supposto atteggiamento. Invece si tacque, e secondo voi, temendo che *circonlo-*

cuzione e l'improprietà del suo dire avessero offesa la chiarezza del disegno. Possibile proprio una simile coincidenza di difetti sia sull'autore dell'opera, sia nell'incisore delle tavole? Via, lasciando da una parte il concetto che voi dimostrate del vostro patrocinato, è egli possibile che il medesimo, che tanto scrisse di chirurgia e che l'Haller si compiacque perfino di chiamare *verbosus,* fosse di sì scarsa e limitata comunicativa da non essere capace di descrivere un paio di piedi ciondolanti, per essere gli arti penzoloni dal letto? E del resto se trovate così *ben delineata,* così *esatta* quella figura che il Melli ci ha lasciato, perchè uscite poi col dire che la stessa è un documento da interpretare? No, egregio collega, non venite più a parlarmi di *artifici di locuzione, di sottili ipotesi, di vani sofismi della dialettica.* No, il Melli non ha mai parlato di arti *pendenti,* e se Scipione Mercurio con quella parola li volle dire *inclinati,* non ha pregiudicata alcuna questione di priorità. Il Melli, tacendo, non ci offerse una figura *con arti penzoloni,* come voi ancora ripetete, siamo sempre alla solita *questione grafica e linguistica,* che sorge ad ogni piè sospinto nel vostro scritto, e che giammai potrete risolvere a vantaggio della vostra tesi. No, dibattetela pure in cento modi, chiamate in suo aiuto tutte quelle interpretazioni grafiche che credete, ma non potrete mai convincere essere la tavola del Melli non copiata da quella di Mercurio; dibattetela in cento modi, non isfuggirete mai alla contradizione.

Secondo il concetto di Walcher i piedi della partoriente non toccano il suolo (sono vostre parole).

Nella posizione del Melli i piedi della partoriente poggiano sul pavimento (ciò pure affermaste).

Dunque quelle due posizioni sono diverse, dunque la posizione del Melli non è la posizione di Walcher. Non sollevo alcun dubbio sui risultati delle vostre esperienze che dovrebbero *tagliare la testa al toro,* siccome per altro sono tuttora discrepanti le opinioni sul grado di ampliamento antero-posteriore del bacino allorchè si ponga la donna nella classica postura di Walcher (la donna è posta al bordo di un tavolo, un cuscino sotto il sacro, e gli arti inferiori penzolanti nel vuoto, Walcherschelage), siccome autori competentissimi nella pelviologia, non ammisero che il vantaggio di qualche millimetro, da tenersi in poco conto nella pratica, ad onta che la Walcherschelage fosse stata, starei per dire, esagerata dallo sforzo di due vigorosi assistenti che premendo sugli arti inferiori della donna, ne aumentavano il peso, così, a controllo dei vostri risultati ottenuti allorchè i piedi toccano il suolo, mi permetterete di attendere il responso di ulteriori e molteplici sperimentatori. E qualora esso concordasse col vostro enunciato, non farò che ripetere quanto già dissi al prof. La Torre, cioè « solo allora potrò acconciarmi se non ad intessere co' lauri la postuma corona per la fronte dei *nostri empirici antecessori* (Mercurio e Melli) per lo meno

ad accettare una fortuita rassomiglianza di risultati ottenuti con intenti diversi » ma sempre però con *posizioni diverse.*

No, non ambizione alcuna, e tanto meno *ingenua,* mi mosse a precedere la critica degli stranieri, ma solo quella *verità* e *giustizia* che voi stesso invocate; che scaturisce da documenti esaminati senza preconcetti e che più largamente intesa, non bada a confini di nazioni.

L'Italia nostra non ha bisogno che altri le fabbrichi celebrità *d'occasione,* ama e si compiace di quelle di cui non ha penuria e che lo stesso straniero le invidia ed ammira!

***

Egregio collega, se avete forse trovato questa mia lettera aspersa di soverchia critica, non credete che io ciò abbia fatto per ammonirvi che: *si quis me acuto dente petiverit me remorsurum sciat,* e tanto meno per l'uzzolo ch'hanno certuni di *clarescere disceptationibus,* ma sibbene pel desiderio di aggiungere ancora alcune parole che, vi prometto saranno le ultime per mio conto, nell'attuale dibattito. Nel quale, senza avervi punto menomata la stima (permettetemi che ve lo manifesti) mi sembraste per poco dominato da soverchia gelosia letteraria offuscata dalle apparenze di pur nobilissimo zelo.

Amici sempre, anche se discrepanti in talune vedute, sono sicuro che calda e sincera sarà la stretta alla mano che cordialmente vi stende

il collega Dott. F. Carlo Decio.

Milano, 20 Maggio 1898.

Con la risposta del dott. Pazzi e la replica del dott. Decio consideriamo chiusa la discussione su questo argomento.

Mangiagalli.

Prof. **Luigi Mangiagalli,** *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

B ſito neceſſarijſſimo in ogni parto vitioſo nel quale ſi debbono collocare tutte le grauide, che difficilmente partoriſcono per quale ſi uoglia cauſa.

Scipione Mercurio.

Sebastiano Melli.

Fig. 1. — Mostra la situazione, che deve dare la Signora Comare alla Donna partoriente, alla sponda del letto, avendo in sito Vizioso, o sia Illaudabile la Creatura.

Fig. 2.

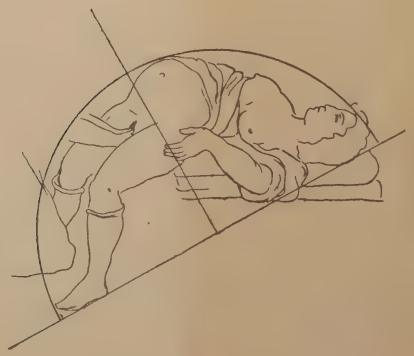


Fig. 3.

Anno XX. **Giugno 1898.** **Num. 6.**

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
11 JUL 98
LIBRARY

R. Istituto di Clinica ostetrico-ginecologica e Maternità di Palermo

Direttore Prof. GIUSEPPE CHIARLEONI

12 casi di ematocele pelvico intraperitoneale da aborto tubarico e tubo-ovarico

CONTRIBUTO SULL'EZIOLOGIA E SULLA CURA DELLE GRAVIDANZE ECTOPICHE

ESPERIMENTI ED OSSERVAZIONI SULLA MEMBRANA EMATOCELICA

PEL

Dott. GIUSEPPE GIGLIO

Assistente onorario, libero docente e Consulente ostetrico Municipale

(Continuazione, vedi pag. 395).

DISCUSSIONE E STORIA DELLA LETTERATURA.

Prima di entrare in merito delle questioni posate, vediamo un po' di esaminare le varie forme di gestazione extrauterina, con cui si ha avuto da fare.

La gravidanza extrauterina è stata generalmente divisa in tre forme: *tubarica, addominale, ovarica.*

La forma tubarica, ammessa da tutti gli autori è di gran lunga la più frequente, ed i nostri casi, tolti due, entrano in questa categoria.

Questa è stata suddivisa in *infundibulare, ampollare* e *interstiziale.*

Nella *infundibulare* la gestazione si inizia nell'estremo esterno della tuba o in una estremità accessoria della medesima. A questa apparterrebbe il caso 3.° di Mennuta Concetta, ammesso che la gestazione si sia iniziata proprio al posto in cui l'abbiamo trovata.

Nella forma *ampollare* la gestazione comincia e si sviluppa nella parte ampollare della tromba. Questa è la forma più frequente della gravidanza ectopica ed il numero maggiore dei nostri casi sono dovuti ad essa.

Raramente essa può andare a termine, per lo più si ha la rottura

del sacco (verso il 3.° mese, Tait), nel legamento largo e la gravidanza si trasforma in *sub-peritoneo-pelvica* o *tubo-legamentosa* o *extraperitoneale* e continua a svilupparsi in questa forma *sub-peritoneo addominale.*

Può invece per una rottura secondaria farsi strada nella cavità peritoneale. La gestazione può continuare a svilupparsi nei casi, in cui il feto con le membrane fuoriesce nel cavo peritoneale e la placenta resta aderente entro le pareti della tromba e del legamento largo.

Nella forma *interstiziale* la gravidanza si sviluppa nella porzione interstiziale della tromba; di essa non abbiamo alcuno esemplare.

Il caso 10.° appartenente alla Carollo, entrerebbe nella varietà *sub-peritoneo addominale.*

L'insieme dei preparati dimostrò che l'embrione potè avere un ragguardevole sviluppo nella cavità della tromba, che si lasciò distendere notevolmente, ma questo distendimento fu compatibile fino a un dato punto, al di là del quale la tromba dovette cedere e rompersi, facendo sporgere porzione di feto nella cavità peritoneale, dove l'infiammazione dei tessuti irritati, il versamento sanguigno, la coagulazione dello stesso e la stratificazione della fibrina, formarono un ambiente nuovo all'embrione, costituendo quello, che chiamasi cisti fetale. È così che vediamo la tunica muscolare della tromba distesa, assottigliata; i fasci muscolari disgregati, atrofizzati; è per questo che troviamo diversi strati fibrinosi organizzati e frammischiati a tessuti muscolari, connettivali alterati.

L'embrione rimasto indisturbato nel suo sacco, potè continuare a vivere ed accrescersi fino alle dimensioni che notammo, e forse sarebbe pervenuto al termine, se ulteriori complicazioni non avessero indicato l'intervento. Gli essudati fibrinosi organizzati trovati negli strati interni della cisti e parte di essi raccolti tra amnios e cavità della tromba, proverebbero la graduale e successiva lacerazione e disgregazione dei tessuti della salpinge, ai quali disturbi, perchè graduali e lenti l'uovo si poteva adattare senza grave danno per la vita.

Quanto alla varietà *addominale* è quistione tuttora indecisa se esista o no come forma primitiva.

Stando alle osservazioni di Veit e di Werth, non abbiamo finora prove incontrastate. Clarence Webster ed altri negano addirittura la gravidanza addominale quale forma primitiva, e con essi Martin e Alban Doran.

In verità non sappiamo come si possa negare questa forma primitiva quando esperienze recentissime hanno provato che l'uovo può migrare nella cavità peritoneale e trasportarsi dall'ovaio di un lato alla tromba dell'altro lato. È logico, che incontrato dal nemasperma prima di imboccare il padiglione della tromba, resti fecondato e si fermi nella cavità addominale, al difuori degli annessi uterini.

Il caso di Rocchini, operato dal Porro il 16 Novembre 1895, dimostra in modo chiaro la esistenza della forma addominale primitiva, avendo trovato gli annessi uterini in perfetto stato di integrità.

Ci resta ad esaminare la forma ovarica sulla quale insistiamo col Veit e col Mouratoff, portando in appoggio il caso 4.°, nel ritenere che può essere primitiva.

Noi per conto nostro possiamo sostenerla non tanto col pezzo anatomico, che lascerebbe a prima vista qualche dubbio, quanto coi preparati microscopici.

È nell'ovaio difatti avvenuto un vero lavorìo di nuova formazione di tessuti, ed attorno all'uovo, in quella cavità che la conteneva, vi ha un vero tessuto deciduale nuovo, proveniente dal tessuto ovarico. Si vede sorgere la cellula deciduale dalla cellula connettivale e formare, disposta a più strati, una specie di membrana avvolgente l'uovo (Fig. VIII). Essa non si continua dalla parte della tromba, là dove lacerata, ricettava porzione dell'uovo. La parete della tromba non era quivi gran fatto alterata, molti guasti istologici non avea subìto, pareva soltanto disposta ad un rigoglio speciale del connettivo, nel quale apparivano di tratto in tratto, degli elementi cellulari, molto vivamente colorati, disposti a gruppi, a spiga, come propensi a voler raggiungere il tipo deciduale, e tra questi alle volte delle vere cellule giganti. Del resto a contatto proprio coll'uovo o colle emorragie, che lo rivestono, non marcammo alcunchè di speciale. Restiamo quindi fermi nel ritenere che la gravidanza fu primitivamente ovarica, che l'ovaio contrasse aderenze colla tromba, che l'uovo non potendo svilupparsi bene nell'ovaio, lacerò il tessuto ovarico, usurò la parete tubarica e vi si allogò in parte, rivestito restando interamente dai due organi e da essudati e da sangue versato.

Potrebbero credere gli altri il fatto inverso ed i sostenitori come il Tait, che mettono primitivamente tubariche tutte le forme di gravidanza extrauterina, troverebbero bene la ragione nella breccia tuba-

rica e nella compenetrazione del grumo, ma la dimostrazione data non ci distoglie dal supposto.

***

La gravidanza extrauterina stata messa in grande evidenza dacchè l'apertura del ventre è divenuta patrimonio comune della chirurgia moderna, è stata notata con frequenza e sarebbe lavoro arduo il volere raccogliere tutti i casi. Ho creduto più utile soffermarmi alle forme più rare di gravidanza extrauterina, come sarebbero la gravidanza extrauterina doppia e l'ovarica negata da molti.

Il primo caso di gravidanza tubarica doppia è di Lawson Tait, 11 Maggio 1885. Egli estirpò la tromba destra per gravidanza tubarica. Dopo 8 mesi la donna partorì un feto vivo; 15 mesi dopo, nuova gravidanza, dolori, versamento di sangue nell'addome, morte. L'autopsia trovò gravida la tuba sinistra e constatò l'aborto e la rottura della salpinge. Il secondo caso è di Winckel, 1885. Egli presentò un pezzo anatomico con gravidanza tubarica doppia, appartenente a donna morta per emorragia intraperitoneale grave. Era stata impiegata la cura delle iniezioni oppiacee.

Viene dopo il caso di Veit, Gennaio 1888. Nel decorso di un anno fu estirpata prima una tuba e poi l'altra per gravidanza tubarica. Il Veit dice che sopra 12 casi di gravidanza extrauterina, tre volte ha constatato la ripetizione all'altro lato.

Il Kletzch operò nel 1884 una donna per gravidanza tubarica e in questa stessa nel 1887, diagnosticò gravidanza tubarica all'altro lato, che curò coll'elettricità.

Herman nel Gennaio del 1887, estirpò la tromba destra per gravidanza ectopica, e nel 1890 estirpò l'altra tromba per la stessa ragione.

Leopold Meyer in Dicembre 1887, tolse la tromba di un lato e la cisti fetale, e nel 1889 constatò gravidanza ectopica all'altro lato ma non operò.

Olshausen nel Novembre 1888, operò a destra per gravidanza ectopica e un anno dopo a sinistra per la stessa ragione.

Von Henkelan trovò all'autopsia gravidanza tubarica doppia.

Herman in Dicembre 1885 fece la prima operazione per gravidanza tubarica, e nel Febbraio 1888 ripetè sulla stessa donna l'operazione all'altro lato.

Frommel nel 1883 constatò gravidanza ectopica destra intraligamentosa, e 4 anni dopo visitò la stessa donna in stato di collapso per emorragia interna e cacciata d'un modulo deciduale.

K. Abel nel 1889 estrasse la tromba destra gravida e nel 1891 estirpò gravida anche la sinistra.

De Beck e de Reed nel 20 Marzo 1891, operando verificarono la tromba sinistra gravida, e nell'Agosto dello stesso anno operarono la stessa donna per gravidanza ectopica nella tromba destra.

Byford constatò in una operazione sugli annessi uterini, due feti mummificati, uno a destra e l'altro a sinistra.

Mikelwey descrisse un caso di gravidanza tubarica doppia.

Harrington operò nello spazio di due anni tanto a destra, quanto a sinistra, per gravidanza tubarica doppia.

Bennington nel Maggio 1892, estirpò l'ovaio e la tromba sinistra per gravidanza, e nel 1893 l'ovaio e la tromba destra per la stessa ragione. Non trovò gli embrioni.

De Ross nel Marzo 1891 e nel 1895, operò la stessa donna per gravidanza ectopica doppia. Non trovò embrioni.

Toivo Forrstroem nel Giugno del 1896, praticò estirpazione doppia degli annessi per gravidanza. In un lato trovò villi e sangue di recente data, nell'altro lato un feto mummificato.

Questa letteratura è raccolta nel lavoro di Toivo Forrstroem del 1895.

Walter nel 1.° Ottobre 1892 ha citato un caso di gravidanza tubarica doppia o bilaterale.

Mackenrodt ha osservato un caso di gravidanza tubarica bilaterale in una donna a 22 anni. La tromba destra conteneva ossa fetali e la sinistra un uovo di recente data.

Johnson ha laparotomizzato una donna a 36 anni per rottura della tromba destra gravida ed ha trovato la sinistra anche occupata da un uovo con villosità choriali.

Doran ha trovato in una ammalata di 36 anni la tromba destra racchiudente un coagulo, che rappresentava un uovo apoplettico con villosità choriali e la tromba sinistra gravida, lacerata presso l'ostio.

Bowan e Savage hanno pubblicato ciascuno per sè un caso simile al precedente.

Ott ha visto anche lui una gravidanza tubarica bilaterale, recente a destra, più vecchia a sinistra.

Duff riporta un caso di gravidanza extrauterina doppia in donna di 28 anni.

Veit ha visto sopra 12 casi di gravidanza tubarica in un lato, tre recidive al lato opposto.

Boisleux operò al 19 Aprile 1891 una donna per gravidanza tubarica destra; il 17 Giugno operò al lato sinistro per la stessa ragione.

Beck nell'Aprile del 1893, riferì un caso di gravidanza doppia successiva, da lui operata.

A conferma del nostro caso di gravidanza ovarica mi riporto ai casi riferiti dal Veit e da Mouratoff, intesi a combattere la teoria esclusivista del Lawson-Tait. In uno studio del Mouratoff sulla gravidanza ovarica, è riportata tutta la bibliografia esistente.

Una prova assai dimostrativa portata dal Mouratoff è la constatazione del passaggio dell'albuginea dell'ovaio sulla cisti fetale.

Il dott. Albert Puech riferisce 6 casi di gravidanze ovariche, discutendoli accuratamente, e conclude dicendo che *la gravidanza ovarica esiste, ma essa è stata raramente osservata; la più parte dei casi segnalati sono o delle cisti dermoidi o gravidanze ovaro-tubariche, o delle gravidanze addominali, nelle quali la placenta sarebbe venuta ad attaccarsi alla superficie dell'ovaio; i caratteri anatomici dai quali si riconosce la gravidanza ovarica sono: l'assenza dell'ovaio corrispondente, l'unione del sacco fetale alla matrice per il ligamento ovarico, la presenza del tessuto ovarico sulle pareti del sacco, l'indipendenza della tromba in quel che concerne la formazione del sacco fetale; si distinguono due varietà, a seconda che il feto si svilupperà nella vescicola rimasta aperta, o in una vescicola formata subito dopo la fecondazione; l'andamento e la terminazione della gravidanza ovarica, non differisce sensibilmente da quella addominale.*

Il Cohnstein, rammentato dallo stesso Puech insieme agli altri autori, dà i segni per stabilire il diagnostico sul vivente, che sono: *l'assenza dell'ovaio corrispondente, l'aderenza del sacco fetale con la matrice a mezzo del ligamento dell'ovaio allungato e ispessito, lo sviluppo del sacco tra i foglietti del legamento largo, la costituzione laminosa dell'inviluppo, e la presenza dell'epitelio cilindrico alla superficie interna colla esistenza della tunica albuginea sulla parete del sacco, la vicinanza immediata della cavità ovulare, gli elementi essenziali del tessuto ovarico.*

Lo Schroeder ha contribuito a restituire il posto che le appartiene

alla gravidanza ovarica e con Keller egli si associa a dire che molte gravidanze ovariche furono date per gravidanze addominali.

Le osservazioni di Willigk e di Hein danno la certezza della esistenza della gravidanza ovarica; non egualmente chiari sono i casi riferiti da Martin, Gusserow, Wright, Perry, Kiwisch, Hecken, ed il Puech tende a far rientrare nelle gravidanze ovariche, le gravidanze addominali di Schwenninger, di Munich, e le altre analoghe di Weber, di Hecker, di Dreesen, di Eckhardt, di Hall Dovis e di Krohn. Riuscirebbe assai difficile una ricerca storica accurata sul riguardo, epperò ci asteniamo, per passare alla risoluzione dei quesiti posati in principio.

***

Etiologia. — Da quel tanto che si sa sulla etiologia della gravidanza extrauterina, non si può ancora ritenere dimostrato il meccanismo di questa ectopia dell'uovo fecondato, foriera di tanti pericoli per la donna.

Più ci s'inoltra nello studio dell'argomento e più si accredita l'opinione che sede abnorme dell'uovo fecondato è la tromba e che l'aborto inevitabile, deve considerarsi fra i precipui momenti etiologici dell'ematocele pelvico.

Dopo l'accurata relazione fatta dal Pestalozza sull'ematocele pelvico, non si dovrebbe considerare l'aborto in gravidanza ectopica e la conseguente possibile rottura dell'organo, che lo contiene, come l'unica causa della formazione dell'ematocele, ma riferendomi alle idee del mio maestro e ad altre osservazioni personali, posso affermare, che causa indispensabile è l'aborto tubarico. E vado più in là ancora; tolti i casi di ematosalpinge consecutivo ad ematocolpo, ogni volta che si ha raccolta di sangue nella salpinge questa deve attribuirsi ad aborto da gravidanza tubarica.

Per intanto è duopo occuparci della soluzione del primo quesito, per cui io mi domando *se gli ostacoli meccanici ed anatomici debbono sempre preesistere nelle vie di conduzione, perchè la gravidanza si compia fuori dell'utero.*

La patogenesi della gravidanza extrauterina basata esclusivamente sulla esistenza d'una annessite e periannessite, o sulla compressione delle vie di passaggio dell'uovo da parte d'un tumore, risiedente nelle parti alte dell'utero o negli annessi, o sulle anomalie delle salpingi, non mi è parsa completa, nè sufficientemente dimostrata.

Il Lawson-Tait colla sua indiscutibile autorità, ha contribuito più di tutti a radicare questa opinione nella mente degli ostetrici e dei ginecologi. Egli sostenendo perfino che la semplice perdita delle ciglia vibratili, da parte dall'epitelio tubarico, può spiegare la gravidanza tubarica, ha accreditato la sua tesi.

Noi non volendo a priori contraddire questo concetto anatomico, che riteniamo di gran valore, nè reputare leggiere altre ragioni di ordine meccanico-clinico, in quella misura che ci è concessa dai casi raccolti, abbiamo voluto e potuto ritornare allo studio di un argomento molto vecchio, che ha saputo rivestirsi di modernità, usufruendo dei vantaggi che offre l'odierna chirurgia.

Noi attenendoci alla scuola, cui ci onoriamo di appartenere, studieremo se ed in quale misura sono attendibili i momenti etiologici sopraccennati. E con queste viste e per desiderio del maestro, ho sottoposto a diligente esame ed a minuziose ricerche i pezzi anatomici dei soggetti operati per gravidanza extrauterina nella Clinica di Palermo.

In verità l'osservazione anatomica è stata rivolta a pochi casi, perchè pochi sono stati curati nella detta Clinica chirurgicamente; ma riuniti questi ai casi pubblicati dallo stesso prof. Chiarleoni nel tempo che diresse l'Istituto ostetrico-ginecologico a Catania, si raggiunge la cifra di dodici interventi per aborto in gravidanza ectopica, ed un totale di 22 casi d'ematocele pelvico intraperitoneale per aborto in gravidanza extrauterina. In 12 interventi due volte solamente si attaccò per vagina colla colpotomia posteriore, 10 volte invece fu prescelta la laparotomia.

Quelle poche volte che la cura non ebbe bisogno di rivolgersi all'intervento chirurgico, la diagnosi è stata posata dal professore dietro il raggruppamento il più scrupoloso dei sintomi subiettivi ed obiettivi; presentati dalle pazienti, come sorge dai singoli casi riportati e sui quali ha richiamato tutta l'attenzione degli ostetrici, illustrandoli in una sua nota clinica del 1894.

I casi in parola se non giungono ad esaurire l'argomento, lo rischiarano alquanto, non restando affatto provato dalla preesistenza di lesioni infiammatorie in quella misura o peggio che vuole il Lawson-Tait, l'arresto dell'uovo nella tromba e nell'ovaio. Quando troviamo nei precedenti anamnestici la blenorragia, quando sono state accertate lesioni negli annessi uterini, stenosi, aderenze cogli organi vicini, ecc.,

possiamo davvero e sempre affidare a questi il momento etiologico in esame? Perchè allora molte donne, state affette da contagi gravi e da lesioni sensibili degli annessi, riescono a sviluppare l'uovo nell'utero come sempre? Ed or supponendo che esse siano riuscite vittoriose ed immuni da una affezione più o meno grave degli annessi, per cui la pervietà dei canali non è alterata, dobbiamo ricercare la ragione del perchè la via pervia allo spermatozoe fu d'ostacolo alla migrazione dell'uovo.

Esaminiamo i diversi ostacoli.

Tolta la stenosi assoluta in qualunque punto della tromba che forma ostacolo tanto all'uovo che al nemasperma, gli altri, come il cangiamento di posizione e di direzione per flessione o per torsione, non incepperanno mai il cammino ad organismi impercettibili, microscopici, capaci di muoversi e destinati a muoversi in un dato senso.

Tutti quegli ostacoli messi avanti a spiegare l'ematosalpinge, non sarebbero validi a spiegare la fermata dell'uovo semplicemente. *L'atresia tubae addominalis* congenita di Baillie, od acquisita per infiammazione delle sierose, l'inversione dell'estremità frangiata delle trombe attribuita da Klob ad una contrazione delle fibre longitudinali muscolari della stessa, accettata da Henning e da Puzos, le false membrane, residui d'infiammazione (Bandl), che prendono la proporzione di 35 volte per l'orifizio addominale sopra 9 volte per l'orifizio uterino (Alberts), impediscono tanto il passaggio dell'uovo, come quello della cellula spermatica.

Hennig stabilisce che il lume della tromba ridotto a 0,005 mm. impedisce il passaggio della secrezione fisiologica verso la cavità uterina, ma allora o non passeranno i due corpi migranti o passeranno tutti e due.

L'occlusione dell'ostio uterino che può essere occasionato da vizio congenito, la infiammazione della mucosa o della produzione morbosa d'un corpo risiedente nella porzione uterina della tromba o nelle pareti dell'utero non mutano il concetto.

Questi fattori presi in aiuto per spiegare le ritenzioni mestruali o altro, non avrebbero valore pel nostro primo quesito.

Molta importanza credo piuttosto abbia il detto di Lawson-Tait che i guasti epiteliali della mucosa tubarica fermano l'uovo.

Or è da vedere se nelle gravidanze tubariche preesistevano sem-

pre questi guasti o precedenti tali da presupporli, e se essi capaci di ostacolare il cammino all'uovo, permettano invece il cammino allo spermatozoe.

Questo dubbio ci conduce allo esame delle due cellule viaggiatrici.

La conformazione dei due corpi è diversa.

L'*uovo* per compiere il suo cammino mette a profitto la struttura degli epiteli della tromba, che si muovono dalla parte addominale verso l'utero e si può dire compia un movimento passivo.

Lo spermatozoe attraverso il cammino opposto, va si può dire contro corrente, ed è aiutato in questo dalla sua speciale conformazione, ha movimenti propri, si muove per propria attività.

Gli ostacoli insormontabili dall'uovo, potrebbero essere vinti dallo spermatozoe.

La teoria del Tait in forza di questo mio ragionamento acquisterebbe valore; ma in una strada devastata, se non può andare avanti l'uovo trasportato più che dagli epiteli dai liquidi in discesa, a più forte ragione deve arrestarsi quel corpo delicatissimo, che ha da vincere non solo la corrente contraria, ma le anfrattuosità d'una mucosa ricca di pliche, divenute ruvide e scabre.

Se l'uno non va alla ricerca dell'uovo e l'altro non scende verso l'utero, sito abituale degli incontri amorosi, la teoria cade.

Altra condizione subordinata, ma che può godere, secondo me, un certo valore, è sostenuta dalla stessa teoria del Tait.

Le alterazioni invocate dal Tait se si oppongono al libero incedere dell'uovo, devono opporsi anche al suo sviluppo, dopo ricettato il seme fecondante. Perchè la riunione delle due cellule riesca allo intento fecondante abbisognano, secondo me, condizioni fisiologiche ed opportune, nè organismi cotanto delicati, dobbiamo crederli, per nostro comodo capaci di funzionare dovunque ed in qualunque condizione.

L'uovo che va alla ricerca del suo ganimede, e quel tale nemasperma che da cavaliere errante, affrontando i disagi del cammino, vince nella corsa gli altri, e raggiunto l'uovo, già bello e pronto, si compenetra in esso, hanno entrambi in questo istante modificato il loro essere. Dal momento del loro congiungimento vivono diversamente; di due corpi se n'è fatto uno, il sacrifizio della cellula maschile ha dato luogo ad una grande trasformazione nella cellula femminile, e questa dissestata dal momentaneo perturbamento ha bisogno di fermarsi.

Così noi concepiamo questa funzione solenne, e perchè essa possa compiersi ammettiamo e lo dimostreremo che le condizioni di natura e di vitabilità dei tessuti ambienti e quelle di viabilità si trovino in quel momento allo stato fisiologico o presso a poco. Queste condizioni sono necessarie per le ulteriori modificazioni dell'uovo, che è stato arrestato nel suo cammino dall'inaspettato incontro.

E solo così possiamo vedere incominciare subito un lavorìo complesso nei tessuti degli annessi uterini, per completare quell'arredo necessario, che l'uovo da sè solo non potrebbe fornirsi.

Che cosa, dico io, potrebbero dare in arredamento tessuti infiammati, alterati, degenerati e distrutti?

Sulle rovine d'una mucosa, in quella data misura che si riscontra anche nelle affezioni leggiere catarrali, in un ambiente molto diverso di quello che sia l'utero, in mezzo a liquidi già modificati od alterati, in mezzo a cumuli epiteliali in disfacimento, ed a microgermi in pieno lavorìo, volete voi concepire una fecondazione?

La teoria del Lawson-Tait non potrà certo limitarsi ad alterazioni superficialissime, a desquamazioni semplici delle ciglia vibratili o simili, perchè non spiegherebbe affatto il suo assunto, ma dovrà condurci più in là, agli strati mucosi e sottomucosi, ecc.

Se ostacoli bisogna supporre nel canale, questi richiedono alterazioni più o meno profonde, ed allora la partita impegnata dai due viaggiatori non è disuguale.

Quanto è stato detto ci mette in grado di supporre che furono credute lesioni preesistenti alla gravidanza quelle formatesi dopo l'aborto e dopo la rottura tubarica.

Per necessaria conseguenza all'avvenuto aborto ed alle lacerazioni della parete tubarica devono seguire fenomeni infiammatori ed alterazioni gravi.

È perciò, e per dimostrare con fatti il primo quesito, che ho portato speciale attenzione nelle sezioni di salpinge, fuori l'ambiente gravidico, perchè se alterazioni precessero queste non poterono limitarsi a quel solo tratto che ricettò l'uovo, che ora è stato la parte media, ora uno degli estremi.

Le mie osservazioni anatomo-microscopiche, come si è visto dai dettagli, che ho già fornito, conducono a stabilire che i tratti di tubo non compresi nel territorio gravidico, sono sani, il lume è pervio, l'epi-

telio integro, o al più leggermente guasto nelle vicinanze del focolaio abortivo, e conservati sono discretamente i tessuti muscolari ed i vasi.

Le alterazioni, che ho trovato di data più o meno recente, si trovano nel tratto gravidico e se qua prevalgono le neoformazioni vasali, le emorragie interstiziali, le infiltrazioni leucocitiche, la degenerazione di taluni tessuti, sottoposti a stiramenti e coinvolti nei focolai emorragici, non ci meraviglia affatto. In presenza dell'aborto i tessuti che concorsero alla formazione della cisti fetale dovevano alterarsi.

Affidare dunque l'etiologia della gravidanza tubarica in ispecie e della extrauterina in genere, al fortuito incontro delle due cellule fecondanti, e riporre nella fermata repentina dell'uovo, là dove viene incontrato dallo spermatozoe, l'esordio della gravidanza, mi pare logico non solo, ma abbastanza dimostrato.

Questo concetto patogenetico, propugnato dal mio maestro, è condiviso da me completamente; io senza ancora conoscerlo, lo invocava scrivendo sulla etiologia della placenta previa.

***

Al secondo quesito sebbene incontreremo maggiore difficoltà per rispondere, perchè si discute tuttavia sulla etiologia di esso e sul modo d'intenderlo, pure credo non si possa negare alla parola *ematocele pelvico intraperitoneale,* la qualità di sintomo patognomonico della gravidanza ectopica. Esso come sorge da tutte le storie cliniche, pubblicate fin'ora, costituisce una complicanza costante. Come tale il prof. Chiarleoni è d'avviso gli si debba dare valore diagnostico.

L'ematocele pelvico intraperitoneale può e deve acquistare questo diritto poichè, sia che avvenga o no la rottura della tromba, in casi di gravidanza tubarica o di quell'organo in genere che contiene l'uovo, l'aborto sarà sempre segnalato dal versamento di sangue nella pelvi. E se come dicono il Pestalozza ed altri, la rottura d'una cisti ematica o d'un ematosalpinge, o la lacerazione di aderenze pelviche, possono dare anche versamento di sangue, pure non è la norma, ed un complesso di altri sintomi ed i precedenti anamnestici metteranno sull'avviso.

È certo non pertanto che la presenza di un ematocele pelvico risveglia subito nella mente dell'osservatore la esistenza d'un aborto tubarico. E se dei dubbi possono affacciarsi, non si resterà legati a

questo solo sintoma, ma si metterà a contributo tutto il treno fenomenico, come *la sospensione mestruale seguita da fenomeni simpatici di gravidanza, le perdite metrorragiche, più o meno abbondanti, i dolori acuti, vivi, localizzati ad uno dei quadranti inferiori, l' espulsione dall' utero di membrane deciduali, la tumefazione del ventre e la resistenza elastica di esso, pel versamento liquido, il volume della tromba.*

Più di ogni altro del resto può incontrare credito il detto di Pestalozza stesso, che non solo l'ematocele pelvico, ma anche l'ematosalpinge il più delle volte è compagno dell'aborto tubarico e se in tutti i casi, ove fu riscontrato si fosse posto bene attenzione e si fosse studiato il prezzo anatomico, si sarebbe constatato l'aborto.

Sul perchè la gravidanza tubarica debba avere per esito l' aborto e sul perchè l' aborto debba dare il versamento di sangue in cavità, altri hanno parlato con maggiore cognizione di causa, ed io potrei esonerarmi, ma ciò malgrado non è superfluo ricordare che interviene in tutto questo l'anatomia della tromba, ed il fatale esito di qualunque gravidanza che s' interrompe nel suo corso.

La relazione intima tra i due fatti (aborto tubarico-ematocele), si trova nell' esito della gravidanza tubarica stessa. L' incongruenza di sviluppo, che trova l'uovo nella tromba, determina le contrazioni delle pareti muscolari e mette in iscena il distacco dell'uovo, accompagnato, come è naturale da emorragia. Questa può fino ad un certo punto essere limitata e trattenersi nella tromba a formare dei coaguli stratificati intorno all' uovo, già morto, ma assai più spesso l' insufficienza della cavità tubarica si rifiuta ad accogliere ed a contenere il sangue versato, e questo prende la via del padiglione, ciò che si avvera tanto più facilmente, quanto più prossimo al padiglione della tuba si trova l' uovo.

Il processo è del tutto analogo a quello che suole avvenire per l' aborto uterino (Pestalozza), solo che qui l' uscita dell' uovo non si avvera tanto facilmente come in quella; pochi infatti (tra questi Martin), l' hanno potuto sorprendere. Ove non avvenga, che è il fatto più frequente, di vedere sortire dalla via addominale l' uovo e il sangue versato, ed anche che si versi il solo sangue, la rottura della tromba sarà l'avvenimento più ordinario. Ciò oramai è saputo, nè giova entrare in dettagli.

Mentre le parti della salpinge, fuori l' ambito gravidico, manten-

gono le dimensioni fisiologiche o poco più, quella che accoglie l'uovo, per distensione subìta, è più voluminosa, ed assottigliata nelle sue pareti, e questa che costituisce un grave ostacolo all'uscita dell'uovo per l'ostio addominale della tromba, facilita la lacerazione delle pareti, che non possono opporre resistenza al di là d'un certo punto.

In mezzo ai fasci muscolari, assottigliati dal movimento eccentrico, si sono compenetrati i villi placentari ed infiltrati di sangue. Gli strati più esterni della parete tubarica, più della mucosa, hanno subìto lacerazioni ed in esse si scorgono emorragie di data differente.

L'etiologia dell'ematocele pelvico intraperitoneale resterebbe da quanto abbiamo detto, dai casi clinici riportati e dai pezzi anatomici studiati, a sufficienza dimostrata, e non occorrerebbe riandare la storia di esso per meglio chiarire l'argomento. Pure è necessario gettare uno sguardo sui principali periodi storici, attraverso i quali esso è stato variamente apprezzato, e ciò importa maggiormente per discuterlo in rapporto agli altri ematoceli.

Il Pestalozza in 30 casi di *ematocele pelvico* ha trovato:

20	casi	derivanti	da gravidanza extrauterina,
1	»	»	da causa traumatica,
1	»	»	da rottura di cisti ematica ovarica,
1	»	»	da causa infettiva,
3	»	»	da cause ignote (forse ematoceli catameniali).

Il Chiarleoni in 22 casi di gravidanza ectopica, diagnosticata clinicamente, ha trovato l'ematocele pelvico compagno 22 volte. L'atto operativo non smentì mai la diagnosi, 12 volte fu constatata in presenza dell'ematocele pelvico intraperitoneale, la gravidanza tubarica e l'avvenuto aborto, 10 volte la cura medica bastò alla guarigione e quindi venne a mancare il controllo, però non esistevano fatti capaci di mettere il dubbio sulla diagnosi.

Queste due statistiche parlano abbastanza, e se poi ci dessimo la pena di riportare i casi discussi nelle tesi finora pubblicate, e di interpretarli, come gli autori delle stesse hanno fatto, vedremmo che nella maggioranza degli ematoceli pelvici ha dovuto esistere una gravidanza extrauterina ed ha dovuto avverarsi un aborto. In tempi lontani mancava il controllo laparotomico e quindi diversi furono i concetti diagnostici ed etiologici, ma partendo dal cognito all'incognito, si può

giungere alla conclusione che l'ematocele pelvico intraperitoneale è sempre compagno dell'avvenuto aborto d'una gravidanza tubarica e tubo-ovarica e che quindi può assumere la qualità di sintoma patognomonico. E ci favorisce in questo il detto di C. Cestan:

Alla molteplicità delle cause il progresso ha sostituito l'unicità e la semplicità, alla esitazione e al timido intervento è subentrato l'intervento sicuro e ardito. L'anfiteatro e il laboratorio hanno dimostrato la frequenza grande della gravidanza tubarica e rischiarata la patogenesi dell'ematocele intraperitoneale.

Ciò non ostante non sarà fuor di luogo dare uno sguardo alle varie fasi attraversate dall'ematocele, per saper separare i diversi ematoceli, che non hanno nulla a vedere col nostro argomento.

In quanto a questo ci atteniamo del resto alla classificazione data dal Pestalozza, per la quale chiameremo *ematoma* e non ematocele il versamento di sangue nella pelvi, fuori l'ambito peritoneale, e divideremo l'ematocele pelvico peritoneale in retro-uterino, ante e laterale.

Se il versamento intraperitoneale è limitato alle vicinanze dell'utero ed isolato dal resto dalla cavità addominale, oppure libero in cavità e vasto, a noi interessa in seconda linea e quindi passeremo diritti alla storia.

***

Il primo che ha illustrato l'ematocele pelvico è stato Nélaton nel suo trattato di patologia chirurgica (T. V, p. 712). Ne aveva parlato già nelle « Leçons orales à l'Hôpital St. Louis. » (*Gaz. des hôp.*, Fév. 1851) e nelle « Leçons à l'Hôpital des Cliniques. » (*Gaz. des hôp.*, Décembre 1851-52).

Molti autori si accordarono a fare rimontare la storia scientifica di esso all'epoca, in cui Ruysch (1671) all'autopsia trovò un espandimento sanguigno retrouterino.

Prima del Nélaton invero altri avevano detto qualche cosa sull'ematocele come Laugier (Dict. en 30 vol.); Bourdon (« Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin »); Velpeau (« Médecine opératoire, » 4 vol.); Bernutz (« Accidents déterminés par la retention du flux menstruel, » 1848). Ma tutti hanno parlato di un tumore costituito da uno spandimento sanguigno, avente per sede il cul di sacco del peritoneo, piazzato tra l'utero e il retto.

Il Nélaton ha fatto notare che *contrariamente allo stato normale, questo cul di sacco è chiuso in alto da una peritonite parziale adesiva, dovuta probabilmente alla irritazione prodotta sul peritoneo dal sangue sortito dai vasi.* Ha segnalato inoltre la possibilità in qualche caso di lesioni degli annessi, ed assicurato di aver trovato qualche volta le trombe dilatate ed i canali degli ovidutti facienti parte integrante della cisti ematica.

Nel *1851* in seno alla Società di Chirurgia in Francia si precisarono meglio le alterazioni dell'ematocele.

Robert (« Des tumeurs retro-utérines. » Th. de Paris, 1854), mostrò che questa affezione sovente è laterale, ed Huguier divise l'ematocele in *intra* ed *extraperitoneale.*

Confermarono questa divisione le tesi di Prost (1854), di Cestan (1854), di Robert (1854), di Feuerly (1855), ispirate da Nonat.

Dettagli molto interessanti hanno dato Puech, Voisin (1858), Bernutz et Gaupil (« Clinique médic. sur les malad. des femmes »). Aran, Courty, Nonat, Gallard, citati nella memoria di Binaud, si sono interessati dell'argomento, facendo la descrizione dell'anatomia patologica dell' ematocele. Essi hanno accennato a lesioni differenti, a seconda che l' ematocele ha determinato la morte bruscamente o dopo un certo tempo.

Nel 1.° caso hanno detto si trova il peritoneo sparso d' una grande quantità di sangue e vi ha tracce di peritonite generalizzata ed aderenze lasche unenti le intestina alla parete addominale.

Nel 2.° caso si trovano le tracce d'una peritonite circoscritta al piccolo bacino e caratterizzata da aderenze, unenti le anse intestinali tra quelle e gli organi pelvici.

Nel *1873,* quando comparvero in Germania i lavori di Schroeder e di Fritsch (Schroeder. « Pathogénie des hématocèles retroutérines et ante-utérines. » *Arch. für Gynaekolog.*, T. V, Berlin, 1873). (Fritsch. « Hématocèle retro-utérine. » *Lossernburg Klinischen,* von Rich. Volkmann. Leipzig, 1873), cominciarono a chiarirsi meglio le cose, ed i casi personali di Schroeder e gli altri di Braun misero in evidenza la rottura della tromba, le aderenze antiche, i residui fetali.

I lavori più recenti hanno precisato ancora meglio le cognizioni esistenti, cioè la frequenza relativa delle differenti cause dell'ematocele mettendo in prima linea la gravidanza tubarica, e dimostrando che

l'incistamento dipende dallo stato del peritoneo, dalla sua integrità e dall'esistenza anteriore di aderenze.

Gli ultimi lavori però hanno apportato serie modifiche ai concetti suesposti ed in base ad essi abbiamo discusso il nostro secondo quesito.

La tesi di Concet del 1878 ha negletto non poco la gravidanza tubarica, dando maggiore importanza alle esperienze, fatte sotto la direzione di François-Franck, in conformità a quelle anteriori di Vulpian e di Laborde.

Con esse dimostrò che *il sangue introdotto in grande quantità nel peritoneo d'animali sani si riassorbe con molta rapidità.*

Altri lavori sperimentali comparsi in Germania diedero la conferma e fecero venire alla conclusione che i tumori incistati nella donna non si riassorbono perchè il peritoneo è malato. In questo anch'io porterò il mio contributo sperimentale nel rispondere al terzo quesito.

Il Pochet parlò di *ematocele ante-uterino,* che altri non aveva osservato, od aveva trascurato, e riportò in appoggio i casi di Chassaignac, di Schroeder, di Pinard (« Traité de la suppuration, » T. II, p. 463. *Wiener. med. Wochens.*, 1772, N. 22 et 23. Serres, Thèse de Paris, 1885).

Sino al 1886, epoca in cui comparve la memoria di Lawson-Tait, s'insistette sulla necessità della preesistenza di lesioni peritoneali e di aderenze, siano pure molto sottili, formanti spazi, atti a ricevere il sangue.

Il Binaud non ci ha dato nulla di nuovo sull'anatomia patologica dell'ematocele. Il tumore ha sede ordinariamente nel Douglas perchè quello è il punto più declive del bacino, ragione per cui il Nélaton parlò solo di ematocele retrouterino, ma se questo è obliterato da lavorìo plastico, il versamento si farà in avanti tra vescica e utero. In principio, egli dice, il sangue si dilaga, quindi si ammassa, s'incista e si separa da tutte le parti della massa intestinale.

Rimandando a più tardi la discussione sull'incistamento o non del sangue versato, ci fermiamo ancora un po' sulla patogenesi dell'ematocele pelvico che per Binaud è riposta:

1.° Nella rottura di gravidanza tubarica.

2.° Nella rottura di aderenze pelviche o di legature di vasi.

Per Duplay:

1.° Nella rottura precoce di gravidanza tubarica.

2.° Nella emorragia della tromba.

3.° Nella pelvi-peritonite emorragica.

Per altri era appoggiata a numerosi fatti, che ora non vanno presi più in considerazione; essi sono:

La rottura dell'aneurisma iliaco (Tilt. « Diseases of Women. » Londres, 1853, p. 260).

La rottura d'un tumore varicoso della fossa iliaca (Baudelocque. In *Journal de Sedillot*, T. I, p. 472).

La rottura d'un utero canceroso (Reifflech, *Gazette médicale* de Paris, 1852).

La rottura dei vasi delle pareti addominali (Voisin, Thèse de Paris, 1858, p. 44).

L'emorragia mortale del pancreas (Witney, *Medical Journal*, Boston, 1894, p. 379).

Tutte le emorragie dipendenti da malattie infettive gravi, vaiolo, ittero grave, febbre tifoide, ed altri stati generali.

Il Cestan si è limitato agli spandimenti sanguigni provenienti dall'apparato genitale interno (ovaio, trombe, loro dipendenze, peritoneo pelvico).

Il Bernutz aveva formato le seguenti classificazioni:

1.° Ematocele sintomatico di rottura di varici utero-tubariche.
2.° » per rottura ovarica.
3.° » per pelvi peritonite emorragica.
4.° » per rottura di tromba.
5.° » per disturbi catameniali.
6.° » consecutivo ad aborto.
7.° » metrorragia per ipersecrezione dei vasi sanguigni.
8.° » consecutivo a menorragia.

Il Segond (« Traité de Chirurgie, » T. VIII, N. 603), ha distinto gli espandimenti sanguigni in primitivi e secondari alla pachi-pelvi-peritonite, ed esistono in verità i casi di Le Chaptois (*Arch. gén. de médecine*, 3.ª série, T. V), di A. Tardieu (*Annales d'Hygiène publique*, 1854), di Jousset (Thèse de Paris, 1883). (Observation IX, due à M. Chauffard).

Contrariamente al Nélaton che faceva dipendere la peritonite dalla irritazione prodotta sulla sierosa dal sangue stravasato, Virchow ammette la peritonite emorragica e la paragona alla pachi-meningite, per lui l'espandimento sanguigno si fa lentamente.

Il Ferber (*Arch. der Heilkunde*, 1862), ha descritto piccole effusioni emorragiche, che ha trovato sotto il peritoneo di vecchie femmine.

Besnier (*Annales de Gynécol.*, 1877, T. VIII e VII) e Bernutz (*Arch. de Tocologie*, 1880, p. 129 et 205. Conférences cliniques, 1888), intendono diversamente di Ferber e di Virchow l'emorragia per pachi-peritonite, che credono più che lenta, rapida.

Però i segni invocati pel diagnostico di pelvi peritonite emorragica pare corrispondano più a quelli di salpingo-ovarite e di gravidanza tubarica e sono ora ritenuti casi di aborti tubarici non diagnosticati.

Vanno messi quindi in quarantena gli studi fatti da molti altri sulla patogenesi dell'ematocele pelvico.

Il Bouilly (« Manuel de pathol. externe, » T. IV), volle stabilire che in occasione delle regole o d'una eccitazione genitale esagerata nel momento di esse, fa un'emorragia tubarica ed una rottura in un punto della tromba distesa ed uno spandimento sanguigno intraperitoneale.

Pozzi appoggiò l'idea del Bouilly aggiungendo che questa non è primitiva, ma secondaria a lesioni preesistenti.

Anche il Besnier (loco citato) riferendosi alla teoria di Gallard, oltre agli ematoceli che uccidono e che sono dipendenti da gravidanza ectopica, ammise quelli che guariscono o che fa dipendere da pachi-pelvi-peritonite.

Il Segond (loco citato, p. 604), ammette che l'ovaio sarebbe capace di produrre l'ematocele allo stato normale e patologico cioè nel periodo della maturità dell' uovo e deiscenza del follicolo e nel caso di degenerazione cistica dell'ovaio e di cisti sanguigna dello stesso.

Con lui molti altri come Pozzi, Maurange (*Ann. de Gynéc.*, Juillet 1893). — Huguier (*Gaz. des hôp.*, 1851, p. 266). — Denonvilliers (Ibid., p. 275). — Puech (Mémoire de Montpellier, 1858). — Doran (« Maladie des ovaires »). — Boeckel (*Gaz. Méd.* de Strasburg, 1861, p. 79). — Bollin (Thèse, Paris 1885). — Pozzi (« Traité de Gynécologie, » 2.e édition, p. 841). — Pilliet (*Ann. de Gynéc.*, Novembre 1893).

Anche qui è da fare osservare per incidenza che nel caso fisiologico o in quello patologico, le perdite non potranno mai assumere proporzioni tali da chiamarle colla parola ematocele. È da supporre quindi si sia trattato di gravidanze ovariche o tubo-ovariche abortite.

Lo stesso Lawson-Tait, che non vuole ammettere le gravidanze ovariche, accettando che la cisti fetale dilatandosi e distendendo i

legamenti larghi, finisce per assorbire nella sua parete l'ovaio, verrebbe in aiuto al supposto, che si tratti in tali casi di ematoceli per aborti tubo-ovarici.

Anche l'*emorragia per rottura del plesso venoso utero-ovarico,* va messa in disparte.

Essa è stata interpretata in senso contrario a quanto pensavano Richet (« Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale ») e Devalz (Thèse de Paris, 1858).

Le varicosità delle vene di questo plesso e la facile rottura è stata dai più attribuita a gravidanza *utero-tubarica* o *tubo-ovarica.*

Il Gallard (loco citato, p. 3), rigetta l'origine dell'ematocele per rottura del plesso utero-ovarico.

Segond dice che non è stata riconosciuta la vera causa della rottura, cioè la gravidanza tubarica.

Bernutz e Gaupil (loco citato), hanno fatto lo stesso rimarco.

I casi di d'Olliviers d'Angers, di Fleischmann (1815), di Chaussier (1824), di Depaul (*Bulletins de la Soc. Anat.*, 1847, p. 15), di Bernutz (loco citato), di Fowlen (*Ann. An. And. Sung. Soc.*, Brooklyn 1880, p. 67), di Leopold (*Arch. für Gyn.*, Bd. XIII, 1878, p. 360), di Saexingen (*Monatschrift für Geb.*, 1864, T. 23, p. 276), di Paschky (*Allgemein Wien. Med. Zeit.*, 1877, N. 33), di Rynien (Soc. chir., Juin 1851, p. 279) sarebbero tra questi.

Alle emorragie della tromba concedono qualche cosa, ma noi anche qui saremo restrittivi.

A tromba sana si disse che si poteva avere l'ematocele per *ritenzione mestruale e reflusso.*

Appartiene questa teoria a Bernutz (1848) *Arch. gén. de méd.*, T. 17 et 18 (1849) [« Clin. des mal. des femmes. » Bernutz e Gaupil (1860)]. Si appoggiava egli sopra un caso di Ruysch e sulle idee fisiologiche di Haller.

A questa teoria si attacca quella *dell'ematocele per metrorragia con dilatazione delle trombe.*

Bernutz, autore di quest'altra teoria, cita il caso di Voisin (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1869) e il caso di Heurtaux (Obs. 12 de la th. de Voisin).

Appoggia la prima teoria sulla causa di restringimento del collo uterino e la seconda sulla contrazione spasmodica del collo.

Guérin (« Leçons cliniques sur les mal. des organes génitaux de la femme, » p. 438), accetta la teoria di Bernutz, ma la causa la ripone nella dismenorrea membranosa.

Trousseau (*Gaz. des hôpitaux*, 1858) e Feuerly (Th., Paris, 1855), propugnano l'ematocele catameniale, che contradice il Pozzi (« Traité de Gynécologie, » p. 239), dicendo che il sangue versatosi nel peritoneo sano durante la mestruazione si riassorbe e la laparotomia non ha trovato in simili casi i guasti che si trovano ordinariamente nell'ematocele prodotto da altre cause.

Segond (loco citato, p. 604), dice che malgrado l'autorità di Trousseau l'ematocele catameniale resta una ingegnosa ipotesi.

A tromba malata il Bernutz credeva si potesse avere anche ematocele per rottura della tromba non gravida.

Egli fondava le sue ragioni:

1.° Sul coagulo intratubarico non aderente, non organizzato e di data verosimilmente recente.

2.° Sullo stato della tromba più ipertrofica nelle sue pareti, che dilatata nel suo canale, senza l'ampliamento ampollare abituale alla gravidanza tubarica sulla sede della lacerazione, presso il padiglione, anormale nella gravidanza tubarica.

3.° Sullo stato fungoso nella mucosa e sullo stato dell'utero, irregolarmente ipertrofico e di cui la mucosa malata, rammollita, purulenta non presenterebbe effetto caduco.

4.° Infine sull'assenza dei segni subiettivi della gravidanza.

L'osservazione di Switzer, in Tilt (« Diseases of women, » 1853, p. 258), i casi di Puech (Montpellier, 1858, p. 55) e di Pauli (*Gaz. des hôpitaux*), sono molto discutibili, perchè non ebbero il controllo microscopico, come tutti gli altri che si vollero riferire ad ematosalpingi per salpingite cronica, come ad es. quelli presentati da Guémen (Th. de Paris, 1888), da Coe (*American Journal of Obstetrics,* 1852, p. 35), da Elliot (*The Boston med. Journal,* 1893), da Rymalds (ibidem), da Barker (*British medical Journal,* 18 Février 1853).

Non vi sono che i casi di Towsend (*Boston medical Journal,* 1893, p. 438), di Croom (*Edinb. med. Journ.,* Octob. 1891, p. 314), di Pilliet (*Bull. Soc. Anat.,* 12 Mai 1893), che ebbero il controllo microscopico e non mostrarono nulla di gravidanza, ma l'embrione spesso manca ed i villi non sono sempre tanto abbondanti, da rinvenirsi a prima giunta.

Io ho dovuto fare moltissimi preparati per accertarmi in taluni casi della gravidanza preesistita.

Rimontando molto lontano si trova anche notato il rapporto dell'ematocele con la gravidanza ectopica.

Si sapeva già da molto tempo che la gravidanza extrauterina (tubarica), può rompersi dando luogo a spandimento sanguigno.

Le osservazioni del Sabatier (« Médecine opératoire, » 2.ª edizione, T. II, p. 279), del Littré (« Mém. de l'Ac. des sciences, » 1702, p. 209), di Duverney (« Oeuvres anatomiques, » T. II, p. 355, 356), di Albert de Brëme, in Dezeimeris (*Journ. des connaiss. méd. chirurg.*, T. IV, p. 240), di Bianchi (« De naturali in humano corpore vitiosa morbosaque generatione, » p. 152), del Kören in Moreau (Thèse, 1853, p. 19), del Fleuriot (*Bull. Soc. An.*, 1855).

Le idee del Feuerly (Thèse Paris, 1855, p. 30-54 et suiv.), ed i casi degli autori suddetti, dicono che anche allora si notava un certo rapporto tra ematocele e gravidanza ectopica. Però non era ancora concepito nettamente il rapporto genetico tra l'un fatto e l'altro.

Anche Luton (*Union médical*, 1855), Vignes (Thèse Paris, 1850), Prest (ibidem, 1854), Orthmann, Bernutz et Gaupil (1860), conoscevano e parlavano della gravidanza ectopica e delle emorragie da questa derivanti, ma dell'ematocele avevano un concetto tutto proprio.

Dal Gallard (*Bull. Soc. Anat.*, 1855 et « Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, » 1866, p. 68), e dal Denucè (ibid.), a venire fino a Schroeder (*Wiener medic. Woch.*, 1873), a Poncet (Thèse d'agrégation, 1878) ed a L. Tait (*Brit. med. J.*, 1885-88-89-90. *Lancet*, 1886-87), la concezione patogenetica e terapeutica dell'ematocele è rimasta oscura ed incerta.

Col L. Tait si rischiarò alquanto l'etiologia e la cura, e colle osservazioni di Veit, Orthmann, Klein, Keller, Wider, Zedel in Germania, di Bland Sutton e di Whittney in America, di Pilliet e Gautier in Francia, che seguirono, la luce si è fatta chiara, ed in modo quasi definitivo si potè affermare che l'ematocele pelvico fosse il risultato costante d'una gravidanza tubarica abortita.

Pinard, Pozzi, Segond, Pilliet, W. Binaud e Gautier, contribuirono largamente in quest'ultimi anni a fare accettare l'idea in Francia; Chiarleoni e Pestalozza hanno fatto altrettanto in Italia.

Nessun merito speciale spetta ai recenti scrittori sul legame tra

ematocele e gravidanza ectopica, che da tempo si conosceva; tutto il merito però si deve a loro per avere dato stabilità a questo legame, e per avere spastoiato questo sintomo dai lacci che lo tenevano vincolato ad altre entità morbose.

Adesso noi più che un'entità patologica a sè, o un sintomo dipendente da molteplici cause, ne abbiamo fatto un sintomo patognomonico dell'aborto tubarico, entrando nell'orbita delle idee del maestro.

Destinato l'*ematocele intraperitoneale* a sintomo patognomonico dell'aborto tubarico, accettata la divisione che fa di esso il Pestalozza, in *ante, retrouterino* e *bilaterale*, vediamo come si comporta questo versamento di sangue, il quale ora è libero, ora circondato da membrana, dotata più o meno di potere assorbente. Vediamo perchè ora si assorbe rapidamente, ora lentamente, talvolta parzialmente. Qual'è infine la funzione della membrana che l'avvolge.

Questo è il concetto del terzo quesito, che dobbiamo risolvere mercè le idee del nostro Pestalozza e mercè l'esperimento nostro.

Una grande discussione è stata fatta per l'incistamento o non dell'ematocele pelvico intraperitoneale, ed ha essa importanza rispetto al trattamento curativo.

Dal 1850 al 1870 si credette abituale il fatto dell'incistamento; L. Tait, Schroeder, A. Martin, Veit, credettero però non costante questo fatto.

Se continua lo scolo, dice Veit, e questo è frequente, ed avvenuto per 2 o 3 giorni, non vi ha tendenza a coagulare, oppure coagula quel sangue che si raccoglie lontano dalla rottura, quando si effettua in un cul di sacco isolato dalla grande sierosa addominale, ove il riposo lascia formare il quaglio; vicino alla rottura vasale non vi ha riposo. Qualcuno ha messo a contributo la pressione addominale, ma essa ha poco o nulla da fare.

Le esperienze di Laborde, di Poncet, di Veit, hanno dimostrato che il sangue sparso nel peritoneo, fornito di epitelio resta liquido, ed essa è condizione sfavorevole per la cessazione della emorragia, per cui L. Tait ha creduto di concedere questa alla sincope mortale.

Le esperienze di Poncet (Thèse del 1878) fatte sotto la direzione di François-Franck in conferma di quelle anteriori di Vulpian e di Laborde, dimostrarono che *il sangue introdotto in grande quantità nel*

peritoneo d'animali sani si riassorbe con molta rapidità. I lavori sperimentali comparsi dopo in Germania vennero ad avvalorarli, sicchè si concluse: *se nella donna i tumori sanguigni incistati non si riassorbono è perchè il peritoneo è malato.*

Non si badò pertanto che i versamenti non si fanno tutti d' un colpo; come graduale e ripetuta è la rottura della tromba e della cisti fetale, graduali e successivi sono i versamenti, ciò che dà tempo ai vari versamenti di incistarsi o di isolarsi, il sangue messo in uno stato di riposo, si coagula ed il riassorbimento diventa allora lento e più difficile.

La clinica ha dimostrato intanto, ed io ho potuto vedere sugli animali sottoposti ad esperimento, che aprendo largamente un' arteria (l'uterina ad esempio) per ottenere una rapida e profusa emorragia non vi ha tempo a vasta coagulazione di sangue ed a formazione di ematocele; il soggetto muore di lì a poco o infra le 12 ore. La clinica ha dimostrato e le esperienze confermato, che il sangue ha tendenza maggiore a coagulare se si sofferma in piccole cavità come nel Douglas, anzichè tra gli intestini. Nel Douglas resta in perfetto riposo, tra gli intestini sempre in moto, non ha tempo di riposarsi. L'integrità dell' epitelio peritoneale può avere la sua importanza, la preesistenza di saccocce, formate da peritoniti adesive, messa avanti da Nélaton e da altri ha il suo valore, ma la cisti traversata da tramezzi formati da pseudo-membrane può essere anche un fatto postumo al versamento, anzi per me lo è.

Dirò quanto io ho ricavato dalle esperienze sulle cagne.

In una cagna puerpera, aperta la cavità addominale con regole antisettiche, ho lesionato il peritoneo addomino-pelvico in alcuni punti e poi ferita l'arteria uterina destra; dopo avere assicurata questa tra due lacci ho fatto versare una certa quantità di sangue nella cavità addomino-pelvica, cioè tra le masse intestinali, nel Douglas e nello spazio vescico-uterino. Legati i due capi dell'arteria ferita, ho chiuso subito la breccia. Dopo 17 giorni, in cui l'animale stette abbattuto, disappetente e sofferente, riaprii la cavità addominale e trovai:

Ferita addominale aderita bene per prima. Aderenze del peritoneo parietale con la parete anteriore della vescica, e dell' alto fondo di questa con l'epiploon e coll'utero. A destra dell'utero, in corrispondenza dell'arteria ferita, al limitare colla vescica sorgeva un tumore d'aspetto grigiastro-violaceo, che restava coperto di una falda del legamento

largo, rimovibile. Alla rimozione di questo, che non aveva contratto aderenze, si riconobbe il tumore formato da sangue incistato in una saccoccia, ora spessa, ora sottile, la quale si lacerava facilmente in qualche punto, lasciando scorrere del sangue liquido e di colore piceo. Questo tumore si appoggiava (v. Fig. V) colla base sulla faccia posteriore del legamento largo, ma non era fatto a spese di questo.

Lo spazio vescico-uterino era coperto di aderenze. Il Douglas posteriore vuoto, o meglio vi residuava qualche piccolo grumo. Nel Douglas laterale sinistro e nel parametrio sinistro vi si trovava una massa essudativa molliccia fibrino-linfoide.

Piccoli residui di liquido sanguinolento in mezzo alle masse intestinali. Asportati i genitali in massa colla vescica e tessuti circostanti, ed esaminati i vari organi partitamente, ho trovato: vescica retratta, arrossata, fortemente iperemica, aderente per la sua faccia posteriore al legamento largo sinistro, dal quale si poteva distaccare rompendo le briglie essudative di recente data e per il margine destro ed alto fondo col corpo dell' utero e col legamento largo di destra. Confina con questa parte l' arteria ferita trombizzata, che si riconosce dal filo di legatura ancora in sito. Un po' più verso destra sorge il tumore che abbiamo descritto, il quale ripieno ancora, misurava cm. 6 nel maggior diametro, ricoperto da una ripiegatura del legamento largo, che spostata fa riconoscere l' ematocele, il quale confina col corno uterino destro e coll'attacco sull' utero del legamento largo. Alla parte superiore di tutta la massa si attacca debolmente una falda di epiploon.

Inciso il tumore, il quale vuotato prende aspetto rosso giallastro, si trova una cavità rotonda, contenente residuo di sangue, grumi, trama fibrinosa. La superficie esterna del tumore è granulosa, scabra. La saccoccia aderisce all' utero ed al legamento largo per la sua base ed a mezzo di essudati fibrinosi resistenti, organizzati.

Il tumore ematocelico, della grossezza di un piccolo arancio, di forma arrotondata, era contenuto in una capsula di aspetto fibroso-molle, mediocremente spessa ed il sangue contenuto si manteneva in gran parte liquido, in minima parte coagulato. Il posto in cui giaceva e l'aspetto facevano supporre d'una capsula elaborata dallo stesso stravaso, appoggiato sulla faccia posteriore e superiore del legamento largo.

Le lesioni peritoneali, per quanto superficiali, diedero luogo ad aderenze e formarono spazi limitati. Ma in questi spazi e nel Douglas

posteriore il sangue non si coagulò nè s'incistò. La cisti ematica si formò in una insenatura formata da una ripiegatura del legamento largo col corpo e corno uterino destro, in prossimità dell'arteria lesa, là dove si raccolse la maggior quantità del sangue versato, e là dove i tessuti subirono maggiore maltrattamento per la manualità operatoria.

In altro ordine di esperienze ci siamo avvicinati alle condizioni di Harsù ed abbiamo evitato il più che ci è stato possibile l'influenza dell'aria ed ogni qualunque maltrattamento.

Abbiamo, dopo aperta con cautele antisettiche la cavità addominale, ricercata l'arteria uterina ed assicurata questa tra due lacci, abbiamo ristretta la breccia addominale con sutura e lasciato appena uno spiraglio, donde facevamo uscire i due lacci, per tenere l'arteria a contatto della breccia, abbiamo ferita l'arteria ed abbandonata questa in cavità, facendo versare molto sangue, intanto che tenevamo tappata la ferita addominale. Dopo annodati i due fili abbiamo chiuso ermeticamente. In queste condizioni gli animali di esperimento non si mostrarono dopo sofferenti, e sacrificati in 15.ª o 16.ª giornata non ci presentarono ematocele. In quei luoghi, che avevano ricettato il sangue, non esistevano più che traccie di esso e piccolissimi grumi, uno stato iperemico delle sierose ed una certa imbibizione di ematina.

Dallo studio delle nostre esperienze e dai risultati ottenuti dagli altri sperimentatori, credo si possano ricavare i seguenti concetti, in linea sempre di esperimento:

1.° *Il sangue versato sulle sierose integre e rapidamente non ha tempo di coagularsi, massime se resta al coperto dall'aria. Esso può essere riassorbito prima che avvenga la separazione della parte liquida dalla parte solida, ciò che costituisce una difficoltà al riassorbimento intero.*

2.° *Se preesistono lesioni peritoneali, saccoccie, ecc., o se lesioni si producono durante l'esperimento, il sangue che si raccoglie in questi punti ha più facilità a coagularsi, ed allora più facilmente s'incista.*

3.° *Le emorragie lente danno più agio al coagulo ed all'incistamento.*

4.° *Le emorragie rapide ed abbondanti, oltre che minacciano la vita non si prestano all'incistamento ed al coagulo, perchè capitano in mezzo agli intestini che non permettono il riposo, o che uccidono presto il soggetto.*

Prova evidentissima di quanto abbiamo detto sono i casi sfortunati di operazioni cadute sull'addome, che hanno cagionato la morte per

emorragia. Alla sezione cadaverica si trova sempre gran parte del sangue liquido, pochi grumi flaccidi nuotanti nel liquido.

Ritornando all'aborto tubarico, siccome possiamo avere o l'emorragia lenta o la rapida, perchè nel distendimento graduale della tuba si possono avere emorragie a riprese e piccole ed emorragie gravi e rapide, a seconda le lesioni dei vasi e a seconda la perdita che ne deriva dal distacco dell'uovo, così ci possiamo trovare ora nell'uno ora nell'altro caso. Nè l'aborto tubarico avviene sempre alla stessa epoca di gravidanza; quanto più è sviluppato l'organo vascolare e quanto più è ricca la vascolarizzazione della cisti tanto più imponente sarà l'emorragia. Perciò possiamo avere per la rapidità e quantità di perdita la fine letale del soggetto o un versamento grande e libero con fenomeni minaccianti la morte, oppure per la lentezza e pochezza della emorragia, relativa alle rotture parziali ed intermittenti, la formazione di ristagni sanguigni con coaguli ed organizzazione di una pseudo cisti all'intorno. Nella pelvi, anche quando i tessuti sono sani, vi sono diverse saccoccie naturali che possono raccogliere quantità di sangue e tenerle in riposo. Or nel caso di gravidanze extrauterine e consecutivi aborti è facile pensare a lesioni infiammatorie peritoneali, e quindi a formazione di tramezzi e loggie adatte, a raccogliere il sangue.

Dal complesso di cose è facile venire alla conclusione che il sangue raccolto in saccoccie si coagula e si incista più facilmente e il sangue libero in grandi cavità s'incista più difficilmente. Che sia preesistano delle saccoccie, sia che si formino gradatamente per i versamenti recidivanti, è più facile avere le cisti sanguigne che l'assorbimento, è più facile in cavità grandi e libere e non in cavità piccole o circondata da cisti infiammatorie. In quest'ultima l'assorbimento è assai limitato, lento, ciò che deriverebbe dalla struttura stessa della cisti.

La cisti delle mie esperienze presentava una parte della parete, la più esterna, formata di tessuto compatto, resistente, fibroso, connettivo, passato già a periodo di stato, nucleato, fortemente colorato, ed un'altra parte, la più interna, formata da tessuto fibroso disposto a trabecole più o meno grandi con tramezzi, ora grossi, ora sottili. Lungo i tramezzi numerosi leucociti e nelle trabecole, ora qua ora là residui di sangue o detritus di globuli disfatti. Qualche volta si vedevano vasi circondati da cellule linfoidi e cristalli aghiformi disposti a stellario. Nello spessore della parte più compatta ed anche nella parte areolare

e sulla superficie esterna ed interna, vi era ancora raccolte di sangue alterato, circondate da tessuti di nuova formazione, ricchi di elementi cellulari rotondi.

Questa membrana è stata ritenuta effetto della reazione locale, specialmente per parte dell'omento ed ha pure una parte importante nel determinare il riassorbimento.

Il Sänger, che ha studiato accuratamente l'ematocele, dice che nell'ematocele solitario si ha un vero tumore sanguigno, con una capsula elaborata dallo stravaso stesso e la corteccia indurita, per maggior compattezza del coagulo.

Sarebbe quindi la capsula formata esclusivamente di fibrina, che però presenta aspetto assai variabile e per la sua stratificazione può al microscopio dare anche l'apparenza di fasci di connettivo. Si distingue alla reazione jodo-jodurata.

Essa, d'accordo col Sänger, riteniamo formata per coagulazione degli strati più esterni, dovuta a secrezione di nucleina per parte dei tessuti vicini irritati ed aumentata da ulteriori depositi di fibrina all'interno.

Durante questo lavorìo partirebbero dagli organi vicini delle espansioni di connettivo neoformato e vascolarizzato, che si compenetrerebbero nella capsula. Dai capillari delle trabecole si inizierebbe una migrazione di leucociti con potere fagocitario, per riassorbire il sangue disfatto e il detritus.

Così avviene il lento e graduale riassorbimento dell'ematocele.

Io non ho voluto discostarmi dalla interpretazione del Sänger perchè la capsula dell'ematocele sperimentale vi riproduce esattamente quanto egli afferma. Il Pestalozza non disconviene in massima da questa spiegazione. Egli trovò una vera membrana organizzata, indipendente e con una struttura tipica, nel caso 24 della sua pubblicazione, in cui all'isolamento della raccolta di sangue aveva avuto parte massima l'omento.

I tagli fatti presentavano questa stratificazione:

1.° L'omento.

2.° Uno strato di neoformazione con tutti i caratteri d'un connettivo giovane, che formava una membrana continua.

3.° Il sangue in via di disgregazione.

La membrana aveva costituzione diversa nei suoi vari strati. In

tutta vicinanza all'omento si trovarono elementi connettivali rotondeggianti ed ovali, e fra essi granulazioni intensamente colorate. Al di sotto le cellule andavano assumendo forma fusata ed infine in tutta vicinanza alla raccolta sanguigna le cellule prendevano dimensioni colossali, presentando diversi nuclei.

In alcuni punti si aveva l'apparenza di vere cellule polinucleate o meglio di masse plasmodiali, in cui i nuclei erano distribuiti irregolarmente, mancando i confini cellulari. In questo strato vi pone il Pestalozza l'azione fagocitaria e l'assorbimento di una quantità di granulazioni, che provengono dal vicino focolaio emorragico.

Nella membrana non trovò nulla che ricordasse un tessuto preesistente. Il sangue versato ed aggrumato nel cavo peritoneale può determinare dunque, agendo da corpo straniero, la neoformazione d'una membrana avviluppante, che mentre la incista l'assorbe. Dalle nostre osservazioni risulta che l'ematocele non abbisogna assolutamente di limiti circoscritti e di cavità chiuse preformate, perchè si formi; esso si circonda per lo più di capsula spontaneamente od aiutato dagli organi vicini.

Cura. — Per esaurire l'argomento della gravidanza ectopica dovremmo intrattenerci sulla cura, ma essa è stata largamente trattata dagli autori, ed io, che non scrivo un trattato non sono tenuto ad occuparmi diffusamente di essa. Però per dire di quella che si predilige in clinica è necessario che riandi, almeno sommariamente, i trattamenti adottati nei vari tempi, e che ricerchi se veramente leggi costanti possono regolare il trattamento curativo. L'asepsi e l'antisepsi hanno modificato di gran lunga i concetti della cura ed i risultati di essa.

Prima di quest'epoca si preferiva a ragione la terapia medica, o quei mezzi chirurgici che si credevano meno pericolosi come la puntura della cisti; dopo l'elitrotomia e la laparotomia hanno preso un certo sopravvento dappertutto e in Italia per opera di Chiarleoni e di Pestalozza.

La puntura della cisti, le iniezioni di morfina dentro la cisti e l'elettricità, si prefiggevano lo scopo di arrestare lo sviluppo dell'embrione, uccidendolo, e di lasciare che esso si mummificasse, si riassorbisse, o si espellesse per infiammazione e suppurazione.

I danni lamentati dalla puntura della cisti (emorragia, peritonite)

come dimostrano i casi raccolti dal Maygrier, hanno dato bando a questo mezzo di cura tanto caldeggiata dal Basedow nel 1836. Le iniezioni di morfina nel cavo cistico, dovute al Friedreich, e sostenute dal Winckel e da Prochownich hanno avuto miglior fortuna, perchè meno pericolosa, e di più sicuro vantaggio, sebbene la guarigione sia lenta. Questa però per parere dei suddetti autori e di Freund deve essere adottata fino dalla 12.ª settimana, e per qualcuno di essi dalla parte vaginale e non dalla parte addominale. Dalla 12.ª settimana in poi la lesione della placenta e le difficoltà maggiori al riassorbimento osterebbero invero. Oppositori, per sistema, sono Veit, Fehling, Leopold, Gottschalck, Martin ed altri, che temono dopo la morte del feto l'esito in suppurazione, ciò che è facile e frequente.

Il metodo di Winckel è stato trovato adatto da Ott 6 volte sopra 80.

La *cura elettrica*, messa in pratica la prima volta dagli italiani Bacchetti e Burci, eseguita con entusiamo in America, ha dato secondo molti, buoni risultati.

Guarrigues, ha raccolto in una monografia 18 casi di guarigione, Brothers, ne ha riunito 85 casi, con 8 casi soli di morte. Di 35 casi le notizie ulteriori da 1 ad 8 anni furono soddisfacenti. I risultati della cura elettrica sono fondati secondo il Baldi nell'applicarla prima ancora della rottura della tromba, quindi prima del 3.º mese, quando secondo il Tait sarebbe difficile anzi rara la diagnosi.

La cura chirurgica, quella a cui aderiscono tutti i chirurgi moderni, ha preso il sopravvento negli ultimi tempi, e di essa è fautore convinto il professore Chiarleoni, che più di tutti in Italia ha raccolto dei casi. È da vedere a che dare la preferenza, se alla laparotomia o all' intervento per vagina.

Secondo il Lawson-Tait i vantaggi della laparotomia sarebbero questi:

1.º Il feto, le membrane, il sacco sono completamente asportati.

2.º Nell' istesso tempo si provvede alla cura operativa di qualunque altra malattia concomitante localmente alla gestazione ectopica.

3.º Il pericolo inerente alla normale gravidanza è rapidamente e completamente rimosso.

4.º È rimossa ogni possibile condizione morbosa, che l' occlusione della tromba potrebbe suscitare.

5.º In caso di errore di diagnosi, l'operazione conduce a rimuo-

vere la condizione morbosa, qualunque essa sia e quindi trova sempre la sua indicazione.

6.° L'operazione, se condotta da mano esperta e con mezzi adatti dà una percentuale di mortalità assai bassa.

Ed invero, le statistiche del Lawson-Tait, di Chiarleoni e di Pestalozza, giustificano abbastanza la laparotomia, ma in quanto a darle il sopravvento sull'intervento per vagina, una sola ragione potrebbe accamparsi, quella di riuscire più completi. Però lo stesso concetto che ha guidato i ginecologi in questi ultimi tempi, di attaccare qualunque processo morboso neoplastico od infiammatorio dell' utero e degli annessi per vagina, può applicarsi alla malattia in ispecie, potendo, sino ad un certo punto esportare da questa regione gli oggetti alterati e da eliminarsi.

Secondo me anzi l' operazione cadrebbe sempre nel cavo, artificialmente formatosi, della cisti e si opererebbe come extraperitonealmente. Le molteplici aderenze solamente potrebbero impedire di essere completi, ma anche per addome non tutto potrà esportarsi e spesso si è obbligati, come fu visto nei casi riportati, a lasciare nell'addome lo zaffo emostatico e filtrante.

La lungaggine della cura nella colpoceliotomia o elitrotomia trova riscontro nella laparotomia, che ha necessitato lo zaffo e il drenaggio, colla differenza che per vagina, essendo più facili gli scoli che per addome, si può sperare di vedere abbreviata la cura.

Questo, che ho potuto osservare in due casi di mia pertinenza, operati in pratica privata, che ho pubblicato separatamente, ed in altri seguìti in Clinica, merita, a mio modo di vedere, serio conforto.

Avendo sfiorata appena la questione chirurgica, non ci è sfuggita la questione tra *intervenzionisti* ed *astensionisti*, che discutono sul quando e sul come. Le idee del Chiarleoni, già fatte note in una sua pubblicazione del 1894 e che vertono per l'intervento chirurgico, sono testualmente queste:

« Come per la terapia chirurgica degli ascessi pelvici, la via da
» prescegliersi varia, a seconda della sede e della estensione della
» raccolta; per cui taluna volta il ginecologo presceglie la via vaginale
» e tal'altra la via dell'addome, non che in specialissimi casi, esso si
» appiglia alla totale ablazione dell'utero e degli annessi, così crediamo
» noi che ad esclusione di quest'ultima pratica operatoria, le raccolte

» sanguigne possono attaccarsi per la via dell'addome o per quella
» della vagina. »

I corollari che egli ne traeva allora e che sostiene anche adesso sono:

a) Che la diagnosi della gravidanza tubarica può farsi prima della rottura della tromba e dopo avvenuta questa è cosa assai difficile il non arrivare al diagnostico.

b) Che la emorragia nel cavo peritoneale, consecutiva alla rottura della tromba non è sempre di tale entità da estinguere la vita della paziente in breve volgere di ore o di giorni.

c) Che la raccolta sanguigna intra od extraperitoneale può perdurare a lungo senza dar segni di più o meno graduale riassorbimento; ma invece può dar luogo ad un quadro morboso di sufficiente entità da giustificare un intervento chirurgico, dopo una più o meno lunga e prudente attesa.

d) Che nei casi di non avvenuto assorbimento, un intervento per via laparotomica o per vagina è altrettanto giustificato quanto la laparotomia in primo tempo e cioè dopo la rottura della tromba e quando ancora nessuna sicurezza si può avere intorno alla definitiva cessazione della emorragia.

e) Che a *fortiori* considerando la gravidanza tubarica alla stessa stregua di un tumore ovarico, deve ritenersi come in tutto giustificata la laparotomia prima della rottura della tromba, sempre quando si abbia potuto con sufficiente sicurezza arrivare al diagnostico.

f) Che per la nostra esperienza, la laparotomia in secondo tempo vuolsi preferire all'apertura del fornice vaginale, come atto operativo assai più metodico e completo.

g) Che infine lo zaffo intrapelvico dopo la laparotomia è assolutamente necessario, ma il più delle volte ritarda considerevolmente la guarigione.

Noi non vogliamo e non possiamo addentrare la questione in una monografia dedicata a speciali intendimenti; però non possiamo assolutamente tacere, dopo avere dato preferenza agli intervenzionisti, delle idee degli astensionisti, essendoci per altro tra i casi riportati, parecchi curati medicalmente. L'astensione nella scuola di Chiarleoni ha dei limiti molto ristretti, però, avendo fiducia che *la copia del sangue possa venire limitata per una rapidissima emostasi spontanea*, si aspetta che sia oltrepassato il periodo dell'emorragia, ragionando però l'inter-

vento o non in relazione all'epoca della gravidanza, che sia cioè questa contenuta entro la 14.ª settimana o che oltrepassi quest'epoca, essendo risaputo che la gravidanza ectopica, entrata già nel secondo periodo, è causa di emorragie più gravi per il maggiore sviluppo della placenta e per il maggiore calibro dei vasi.

Del resto un concetto generale è guida ordinaria, di operare cioè quando i pericoli per la madre sono minori. S' intende bene però che se dei sintomi facciano vedere prossima una rottura o una trasformazione purulenta del contenuto si interviene senza altro aspettare.

Non affrontiamo questa questione, tanto discussa, se si debba in quest'ultimo caso intervenire a feto vivo o aspettare la morte del feto, perchè esce dai limiti del nostro argomento, ma il caso ci trasporta forzatamente in essa, avendo il professore estratto un feto ancora vivente dell'età di 4 mesi e mezzo circa.

Il feto ordinariamente muore nella prima metà di gravidanza ed è convenuto da tutti di operare parecchio tempo dopo la morte del feto, perchè si espone la donna alla minore perdita possibile.

Ma nella seconda metà di gravidanza disparate sono le opinioni.

Si può trovare feto vivo, o feto morto da recente. Che cosa conviene fare? Il Werth vuole che s'intervenga subito, sia vivo, sia morto il feto; però nel caso di feto vivo e nel caso di feto morto da giorni, l'emorragia è inevitabile e grave, i pericoli sono grandi, a detto di altri; e il consiglio del Litzmann è infatti di attendere fino a che siano occlusi i vasi placentari, *eliminando in antecedenza come dice Fraenkel i due rischi principali dell' operazione: l' emorragia e la infezione durante la cura consecutiva.*

Nel caso di feto vivo al di là del quinto mese Pinard, Ott, Martin ed altri hanno opinato di differire l'operazione finchè non sorgano fenomeni gravi, e fare, secondo disse Rein al Congresso di Bruxelles, *della chirurgia ostetrica assolutamente conservatrice.*

La mortalità della laparotomia primaria era fino al 1887 enorme. Nella statistica dell' Harris sopra 27 casi si hanno tre soli casi di guarigione. Però da quell' epoca a questa parte il progresso è notevole. In Italia solamente il Negri, il Roncaglia e il Pestalozza, hanno un caso ciascuno di laparotomia primaria con esito di guarigione. Anche il caso del prof. Chiarleoni, che per la forma doppia presentava difficoltà e gravità maggiore, è stato seguito da esito felice.

Per taluni l'aspettativa è fatta nel senso di potere ricavare un feto vivo, ciò che è raro, sia per le condizioni difficili in cui è costretto vivere il feto, sia per la difficoltà seria di stabilire l'epoca di gravidanza, che solamente il volume della cisti può avviarci ad una certa approssimazione. La prima sospensione mestruale o la irregolarità di essa, o le perdite più o meno variabili non ci dànno alcuna guida.

Il Pinard dice che sopra 3 casi in cui s'impose l'attesa allo scopo di salvare il feto, due volte lo perdette prima che avesse potuto intervenire utilmente in loro favore. Intervenendo quindi molto presto, si è esposti ad estrarre un feto non vitabile, come nel nostro caso; intervenendo molto tardi si è obbligati a raccogliere un feto morto.

Veramente quello che deve preoccupare è la vita della madre, se questa non resta compromessa e finchè non viene compromessa si può aspettare lo sviluppo della cisti fino ad elevarsi 34 cm. dalla sinfisi pubica, come avviene del fondo dell'utero a termine; ma se le condizioni della madre sono tali, per cui essa, anche non minacciata nella vita, è seriamente tormentata da sofferenze, io non vedo ragione di pensare al feto.

Sta piuttosto a vedersi a quali mezzi appigliarsi per non compromettere coll'atto operativo il risultato della guarigione della madre.

Le conclusioni del Pestalozza sul proposito sono queste:

1.° « Che il metodo dell'abbandono puro e semplice della placenta non offre la garanzia indispensabile per un andamento consecutivo. » La placenta infatti può cadere in icorizzazione o continuare a svilupparsi sempre più e subire poscia un progresso regressivo.

2.° « Che il metodo dell'abbandono della placenta, con chiusura incompleta della ferita addominale dà anche ai nostri giorni una mortalità elevatissima ed espone ad una convalescenza assai accidentata. » Infatti i casi di Frommel e Mordecai, in cui la placenta fu lasciata in posto si complicarono con una fistola stercoracea. Può aversi inoltre l'intossicazione per il lungo uso di sostanze antisettiche o la persistenza di tragitto fistoloso. Dice Pinard che togliere la cisti fetale *è più chirurgico, ma certamente meno prudente.* Egli però in 16 casi di gravidanze ectopiche trattate colla laparotomia e la marsupializzazione del sacco non ha notato accidenti gravi.

3.° « Che il metodo del distacco con emostasi affidata a tamponamento, ecc. può essere solo un espediente improvvisato, ma la mor-

talità del 71.4 0[0 lo condanna per ora in modo assoluto. » Dai casi Chiarleoni risulterebbe invero il contrario. L'emostasi per mezzo dello zaffo alla Mikulikz, è stata sempre ottenuta e la guarigione non ha mancato.

4.° « Che il metodo dello snucleamento, per quanto possibile completo, del sacco, facilitato da una emostasi preventiva, mediante allacciatura dei vasi uterini ed utero-ovarici, e completato, se del caso, con una sutura diretta del letto della placenta, oltre all'essere chirurgicamente il più corretto è quello che dà la serie più brillante di risultati soddisfacenti. »

5.° « Che il metodo dello snucleamento completo in taluni casi rende necessaria l'ablazione totale o parziale dell'utero, il che invece di complicare l'atto operativo, lo rende assai meno pericoloso e non disturba affatto i risultati ultimi, che anche con questo metodo sono stati finora costantemente buoni. » È opinione personale del resto del Pestalozza che la esportazione più o meno completa della placenta è sempre possibile e senza occuparci di quello che hanno fatto gli altri, ed il Martin in ispecie, perchè crediamo che il caso volta a volta detterà le sue leggi, diciamo il metodo semplice e logico dettato dal prof. Chiarleoni.

Negli aborti tubarici della prima metà della gravidanza, vuota il sacco ematico, pulisce bene, per rintracciare l'aborto e la tromba gravida, ed esporta il prodotto di concepimento e la tromba interessata, curando l'emostasia, che assicura collo zaffo alla Mikulikz. Nelle gravidanze ectopiche della seconda metà del periodo gravidico, vuota la cisti fetale del liquido per cerziorare l'impianto della placenta e poi, evitando qualunque lesione della placenta, isola tutta la cisti dalle sue aderenze, curando l'emostasi, lega il punto d'impianto con fili robusti e taglia al disopra della legatura, zaffando immediatamente dopo.

Pervenuto a questo punto, senza alcuna pretenzione e con la convinzione di non avere esaurito un argomento di così grande importanza, che ha le sue leggi fondamentali, che vanno modificate nei singoli casi, passo alle conclusioni generali:

1.° L'etiologia della gravidanza ectopica è affidata ordinariamente al momento, in cui s'incontrano l'uovo col nemasperma e le modalità di questa gravidanza sono dettate dal luogo e dalle circostanze che intervengono.

2.° L'ematocele pelvico intraperitoneale ed intraligamentoso è legato costantemente ad un aborto extrauterino ed è segno, per questa circostanza, prezioso nel diagnostico della gravidanza ectopica. La sua presenza all'infuori di questi casi, segna l'eccezione, che può essere svelata dall'anamnestico.

3.° La membrana, che ordinariamente avvolge ed isola il versamento, separandolo dal grande cavo addominale, è per lo più secondaria al versamento stesso e formata a spese di questa, però frequentemente trae profitto dagli oggetti vicini, e dagli spazi o cavi naturali o artificiali che esistono o si formano nei ripetuti e consecutivi versamenti o che furono lasciati da processi flogistici preceduti. E perciò ordinariamente si trova formata esclusivamente di fibrina stratificata ed organizzata, di connettivo disposto a fasci ed a maglie con contenuto cellulare linfoide, e di sangue più o meno alterato; qualche volta vi entra a far parte un tessuto normale, l'epiploon a preferenza, il peritoneo, o uno degli organi vicini.

4.° Per coagularsi il sangue versato ed incistarsi è necessaria una certa quiete, spazi limitati, intermittenza di getto, condizioni offerte dalla piccola e grande pelvi e dall'aborto tubarico a preferenza, che si compie a riprese. Il sangue che si espande nel gran cavo addominale non può avere queste prerogative, sia per i movimenti intestinali, sia per la mancanza di spazi limitati, sia per la grande superficie assorbente che appena stimolata dal corpo estraneo si mette in attività; del resto anche qui se intervengono circostanze adatte a limitare gli spazi si può avere l'ematocele incistato.

5.° La cura medica e la chirurgica sono legate alle fasi e al periodo della malattia. Una certa aspettativa, e la terapia medica trova sempre il suo luogo prima di passare ad un grave atto operativo per addome o per vagina, avendo visto seguire il riassorbimento del versamento e la guarigione consecutiva dopo una semplice puntura esplorativa e dopo l'uso del caldo umido e dell'ittiolo.

Dando il bando a tutti gli altri mezzi di cura, quando è cessato il periodo delle emorragie, è indicazione netta il vuotamento del versamento, del prodotto di concepimento e dell'organo lesionato, indicazione che troverà la via dell'addome tutte le volte che si prevederanno aderenze intestinali ed epiploiche, che renderebbero difficile e complicato l'accesso per vagina. Da questa parte però l'intervento è consigliabile

per moltissime altre ragioni, oltre della minore gravità, come il facile scolo di liquidi, l'abbreviazione della cura, il vantaggio di operare in un cavo extra-addominale, limitata dalla tettoia artificialmente formatasi. Per vagina del resto non è difficile esportare la cisti fetale e l'organo che la contiene. S'intende che questo intervento per casi del secondo periodo della gravidanza potrebbe non essere adatto.

6.° Sorpreso il caso nel momento dell'aborto e del versamento sanguigno, credo dovere del chirurgo, invece di abbandonare alla ventura la fermata della perdita, intervenire in linea d'urgenza per addome e portare l'emostasia locale ligando e asportando l'organo lesionato o zaffando. L'apertura della cavità addominale non aumenta al certo la perdita e l'aiuto immediato può salvare la donna.

Queste le idee che io mi sono formato sull'argomento e che non posso caricare tali e quali sulle spalle del maestro, il quale potrebbe dividerle forse soltanto in parte. A lui debbo il ringraziamento dei consigli benevoli, apprestatimi sempre, che gli ho chiesti.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

Archives générales de médecine, Paris, 1890. « Des salpingites. Ozenne, » p. 594, 692. — *American journal of obstetric*, 1889. — *Archives de tocologie*. — ARAN. « Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, » 1858. — ASTRUC. « Traité de maladies, » 1870. — *Annales de gynécologie*, 1885-1889. — *Annales de hygiène publique et de médecine légale*, 3.e série, tome XXVI, N. 2, Août 1801. « De la grossesse extrautérine au point de vue médico-légal » par le Dr. CASIMIR ZMIGRODSKI, p. 152. — *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1887. -- ARAN. « Grossesse extra-utérine simulant un kyste du petit bassin. » *Union méd.*, 1853. — ABEL. « Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung des menschlichen. Placenta. » *Arch. f. Gyn.*, XXXIX, 3. — ANDRY. *Archives de tocologie*, Août 1890, p. 542. — AVELING JAMES. *Brit. med. Journal*, 10 Mars 1888. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Milano, Agosto 1896. — ALBAN DORAN. Congresso ginecologico di Bruxelles. *Bull. méd.*, 21 Settembre 1892.

BECQUEREL. « Traité clinique des maladies de l'utérus, » 1859. — BERNUTZ et GOUPIL. « Clinique médicale sur les maladies des femmes, » 1860. — *Bulletin général de thérapéutique*, 1888. — BOVIN (M.me). « Mémoire sur les hémorragies internes de l'utérus, » 1879. — BANDL. « Die Krankheiten der Tuben, » 1886. — BARNES. « Obstetrical operation. » — BEIGEL. « Die Krankheiten der webl. Geschlechtsarg, » 1874. — *Berliner Klinische Wochenschr.*, 1887. — BENNETT. « Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de son annexes, » par James Henry Bennett, Paris, 1864, in-8. — BRIGGS. « Cases of haematosalpingx. » Liverpool, *Med. Journ.*, 1890. » — BANTOCK. « Haematosalpingx with cystic disease of the ovary. »

Brit. Med. Journ., London, 1888, 249. — Bouilly. « Hémato-salpingite. » *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris, 1887, n. s. XIII, 190 et XVI, 1890, p. 500. — Boinet. « Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement. » Paris, 1867. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1854, 1860, 1891. — Balbiani. « Leçons sur la génération des vertébrés. » Paris, 1879. — Belun. « Grossesse utérine et extra-utérine. » *Arch. f. Gyn.*, t. VII, p. 314. — Bonnie. « Des grossesses extra-utérines. » Thèse de Paris, 1821. — Barth. « *Gaz. méd. de Paris*, 14 Juin 1890, p. 281-283 et 292-295. — Bary. *Bull. et mémoires de la Soc. de chir.*, Séance du 14 Janvier 1891, t. XVII, n. 1-2, p. 17. — Bergstrand, Tira, 1890, p. 304. — Berlin Fanny. *Am. Obst. Journ.*, N. Y., 1889, XXII, p. 495-500. — Bonafini. *Rivista Veneta di Scienze mediche*, Febbraio 1886. — Braun. « Sitzungsb. d. gebursth. gynäk. gesellich in Wien, » 1889, p. 108. — Brodie H. *Bull. Soc. anat. de Paris*, Mars et Mars-Avril 1890, fasc. 6 et 7, p. 176-179. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, Séance du 8 Avril, N. 5, Juin 1891 (Reynier, Pozzi, Routier, Schwartz). — Byford Henry. *Amer. obst. Journ.*, Novembre 1886, — Byrne. *Transact. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1888, 284-91. — Binand. « De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale. » Thèse, Bordeaux, 1892. — Bantock Granville. Soc. gyn. anglaise, du 10 Octobre 1888. *Brit. Med. Journ.*, 27 Octobre 1888. — Barnes. « Traité clinique des maladies des femmes. » Traduction A. Cordes, 1876, p. 354. — Barth. *Gaz. méd. de Paris*, 14 Juin 1890, p. 281, 283 et 292-295. — Bazy. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, Séance du 14 Janvier 1891, t. XVII, N. 1-2, p. 67. — Bernardy. *Philad. Obst. Soc.*, Octobre 1889. — Bonafini. *Rivista Veneta di Scienze mediche*, Febbraio 1886. — Bouilly. *Bull. Soc. de Chirurgie*, XVI, 1890, p. 500. — Braun. « Sitzungsb. d. gebursth. gynäk. gesellsch. in Wien, » 1889, p. 108-110. — Briggs. *Liverpool Med. chir. Journ.*, 1890, X, 504, 508. — Byford Henry. *American Journ. of Obstetr.*, Novembre 1886. — Byrne. *Transact. Roy. Acad. Med. Ireland*, Dublin, 1888, 284-294. — *Berl. Klin. Woch.*, 1884. — Bandl. « Maladies des trompes, des ligaments, du périt. pelvien. — Beisone. « Gravidanza extrauterina a termine. Gastrotomia. » *L'Indipendente, Gazzetta medica di Torino*, 25 Agosto 1881. — Breisky. « Sitzungbericht der K. K. Ges der Aerzte in Wien » e *American Journal of med. sciences*, 1888. — Braun-Fernwald. « Ueber zwei primäre Laparatomien bei Graviditas extrauterina. » *Arch. f. Gyn.*, XXXVII. — Belluzzi. « Storie di due gravidanze extrauterine, e considerazioni relative. » *Memorie della R. Accademia delle Scienze* di Bologna, Serie IV, tomo VIII, 12 Dicembre 1886. — Byford. Società ginec. di Chicago, 1884, rifer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 692. — Byford. Operazione. — Bowan. « Savage Australien med. J. » 1890, pag. 365; *Brit. med.*, 1892, vol. Iag, p. 556. — Boisleux. *Ann. de la Soc. Obst. de France*, 22 Avril 1892. — Beck. *Americ. Journ. of Obst.*, Avril 1893. — Bennington. Operazione, 1892 e 1893. — Bacchetti e Burci. *Gazzetta med. ital.*, ediz. toscana, 1853, vol. III, pag. 37. — Brothers. *Americ. J. of Obst.*, Gennaio 1894, pag. 56. — Baldi. *Medical News*, Gennaio 1894.

Coulom. « Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx. » Thèse, Bordeaux, 1890. — Chambon. « Maladies des femmes. » — Cruveilhier. « Traité d'anatomie pathologique générale, » 1862. — Courty. « Traité pratique des maladies de l'utérus, » 1887. — Chayé. « Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. » Paris, 1882 (8, Brouardel). — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1878, N. 7, obs. de Spath. — Cramer. « Ueber Tubenschwangerschaft. » Inaugural Dissertation..... welch am 4 Februar 1886 vertheidigen wird.... Hermann Cramer. Berlin, G. Schade (O. Francke), 1886, in-8. — Cornil et Terrillon. « Anatomie et physiologie pathologique de la salpingite et de l'ovarite. » *Arch. phys. norm. et pathol.*, Paris, 1887, 3 s., X, 529-559, 2 p. — « Comptes-rendu de l'Académie des sciences, » 1850. — Campbell. « Mémoire sur la grossesse extra-utérine. » Edimbourg, 1842. — Cazeaux. « Traité d'accouchements. » — Cullingworth. « Grossesse extra-utérine. » *Obst. Journ.*, t. XXXIV. — Chailly. « Traité pratique de l'art des accouchements. » Paris, 1827. — Cooke. « Grossesse intra et extra-uté-

rine simultanée parvenue à terme. » *Transact. of Obst. Society*, London, 1884. — CYPRINUS. « Grossesse extra-utérine. » Leyde, 1700. — COSTE. « Histoire du développement des corps organisés, » 1859. — CORNIL. « Leçons sur l'anatomie pathologique, » 1889. — CAMPE (von). « Verhande der Berl. ges. für gebur. med. gynäk., » 1883. — « Carsten Berliner Klinik Sammlung Klinische Vorträge. » H. XXXV, Berlin. — CLINTEN. *Centr. f. Gyn.*, anni 1889, p. 16. — CROSM. *The medical Presse Circular*, London, 1891, N. S., p. 189. — CUSHING E. W. *Boston Med. Surgical Journal*, 1889, p. 114-117. — CAMPE (von). « Verhandl. der Berl. ges für gebur. und gynäk., » 1883. — CARTEN. « Berliner Klinik. Sammlung Klinischer Vörtrage. » Hft. XXXV, Berlin. — CLINTEN. *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 16. — CORNIL et TERRILLON. *Arch. de phys.*, 1887, p. 538. — CORNIL V. « Anat. path. des méritres, des salpingites et des cancers de l'utérus. » Paris, 1889. — COULOM. « Contribution à l'etude de l'hémato-salpinx. » Thèse de Bordeaux, Mai 1890. — CROOM. *The Medical Press circular*, London, 1891, N. S., p. 189. — CULLINGWORTH. *Transaction obst. Lond. Soc.*, 1890-1891, XXX, p. 273. — CULLINGWORTH J. *Transaction of the obstet. Society of London*, XXXI vol., 1889, p. 257. — CUSHING E. W. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1889, p. 114-117. — COHNSTEIN. « Beiträge zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XIII. — CHAMPNEYS. « On primary laparotomy in cases of extrauterine Gestation. » *British med. Journal*, 3 Dic. 1887. — CULLINGWORTH. « A case of advanced extrauterine gestation in which a living child was removed, the placenta left and the abdominal wound entirely closet. » *British med. Journal*, 22 Dicembre 1894. — CESTAN. « Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hématocèle pubienne. » Paris, G. Steinheil, 1894. — CUSHING. « Die Entwicklung der abdominalen Hysterectomie in Amerika. » *Monat. f. Geb. und Gyn.*, Juni 1895. — CLARENCE WEBSTER. « Ectopic pregnancy, » 1895. — CHIARLEONI. « Gravidanza tubarica. Diagnosi. Esiti. Cura. » *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, anno I, fasc. VI, anno X, 1894.

DAGOT. « De la nature de quelques hémato-salpinx. » Thèse, Paris, 1891. — « Dictionnaire des sciences médicales, » vol. XIX. Paris, 1817. Art. *Grossesse*, par Marc. — DOUGLAS, « A case of hemato-salpinx laparotomy recovery. » *Amer. J. Obst.*, N. Y., 1888, XXI, 368. — DESCHAMPS. « Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement. » Thèse, Paris, 1880. — DAYNAC. « Grossesse extra-utérine. » N. 71. Thèse de Paris, 1825. — DEPAUL. « De la grossesse extra-utérine péritonéale. » *Arch. de Tocol.*, 1874-75. — DEZEIMERIS. *Journal des connaissances méd. et chir.*, Janvier 1837. — DUGUET. « Des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse tubaire. » *Annales de Gynécologie*, 1874. — DELBET PIERRE. « Des suppurations pélviennes chez la femme. » Paris, 1891. — DEBIERRE. « Manuel d'embryologie humaine et comparée, » 1886. — DEMANGE. *Rev. méd. de l'Est*, 1889, XXI, p. 16-20. — DESGUIN. Société Belge d'obst. et de gyn. Séance du 19 Janvier 1890. — DOLÉRIS. Soc. obst. et gyn. de Paris, Séance du 12 Juin 1890. — DOLÉRIS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 25 Juillet 1891, p. 342-347. — DONELL MAC. *Montréal Méd. Journ.*, 1889-90, XVIII, p. 226. — DUCHAMP. *Lyon Médical*, N. 35, 28 Août 1887, N. 590. — DUDLEY. New-York obst. Soc., Mai 1890, *Amer. Journ. of obst.*, Juillet 1890. — DUGUET. *Ann. de gyn.*, 1874, 2.° semestre, p. 270. — DUMBAR HOOPER. *Brit. med. Journ.*, 7 Mars 1891. — DUMONTPALLIER. *Ann. de gyn.*, Janvier 1878, p. 1-15. — DUNCAN MATT. *Edinburg Med. Journ.*, 1881, cité par Barnes, p. 519. — DAGOT. « Nature de quelques hémato-salpinx. » Thèse de Paris, 1890-91. — DESGUIN. Soc. Belge d'obst. et de gyn. Séance du 19 Janvier 1890. — DOLÉRIS. *Bull. mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1890, p. 26-31. — ID. Soc. obst. et gyn. de Paris. Séance du 12 Juin 1890. — ID. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 25 Juillet 1891, p. 341-347. — DORAN ALBAN. *Brit. med. Journ.*, 10 Octobre 1891, vol. II, p. 789-792. — DUGUET. *Ann. de gyn.*, 1874, 2.° semestre, p. 270. — DUMBAR HOOPER. *Brit. med. Journ.*, 7 Mars 1891. — DUNCAN MATT. *Edinburgh medic. Journ.*, 1881, cité par Barnes, p. 519. — DEUTS. *Med. Woch.*, 1884. — DUEHRSSEN. *Berliner med. Gesellsch.*, Aprile 1893, in *Bull.*

Klin. Wochenschr., 1893, N. 20, p. 483. — Duff. *Americ. Lancet*, Mars 1895, pag. 93. — De Beck e De Reed. Operazione. 20 Marzo 1891 ed Agosto. — Dreesen. *Mon. f. Geb.*, t. XXXI. pag. 210. — De Rass. Operazione. Marzo 1891 e 1895.

Emmet. « The principes and practice of gynecology, » 1885. — Edis. Société gyn. anglaise. Séance du 13 Février 1889. — *British med. Journ.*, 16 Mars 1889. — Eastmann. « Intralegamentous tubal pregnancy, successfullx removed by laparotomy. » *Amer. Journal of obst.* p. 929. — Edebohls. « Vaginal enucleation of the uterus for utopic pregnancy and suppurative pelviperitonitis. » *Amer. Journal of obstetr.*, Dicembre 1894, p. 583.

Fritsch. « Die retro-uterine Haematocel. » Volkmann e Sammlung, 1873. — Fuld. « Salpingotomie wegen Hämatosalpinx by Hynatresic. » *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1889, XXXIV, 191-238. — Fontaine. « Étude sur les injections utérines après l'accouchement. » Th. Paris, 1860. — Friedreich. « Sur un cas probable de grossesse extra-utérine avec terminaison favorable par une nouvelle méthode de traitement. » *Arch. de Virchow*, 1864. — Fauvel. *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, XXX et année 1855, p. 395. — Formad (de Philade). *Am. gyn. Association*, Septembre 1889. — Fraenkel. « Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Tubarschwangerschaft. » *Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 197. — Frommel. « Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. » *Münch. Med. Wochenschrift*, 1892, p. 1. — Id. *Deutsche Med. Woch.*, 1883, 1887 e 5 Giugno 1890. — Fritsch. « Bericht über die gyn. Operationen des Jahrgange 1891-92. » Berlin, F. Wreden, 1893, p. 154.

Gallard. *Bull. de la Soc. anat.*, Avril 1858, p. 157. — Gardner W. Société médico-chirurgicale de Montréal, Séance du 17 Février 1888. *Med. News*, 17 Mars 1888. — Gilchrist A. « Traitement de la grossesse extra-utérine. » Thèse de Paris, 1890-91. — Goelet. *Med. Record*, 1890, Mars 8, p. 278, *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 937. — Gordon S. C. *New-York med. Journal*, 14 Février 1888. — Id. *New-York med. Journal*, p. 118, 4 Février 1888. — Grein E. « Zwei Falle von Hoematocele retrouterina. » Tübingen, 1889. — Guèmes L. « De l'hémato-salpingite. » Thèse de Paris, Avril 1888. — Gusserow. *Berlin Klin. Woch.*, 1869, n. 34. — Giglio. « Sulla patogenesi della placenta previa. » *Rivista Sicula di Medicina e di Chirurgia*, anno I, pag. 106, 1894. — Guarrignes. « Elettrices in pregnances. » *Transact. of the americ. Gynec. Soc.*, Ph., 1883, vol. VII. — Guémes. *Gazette des Hôpitaux*, 14 Avril 1891. — Gallard. « Leçons cliniques sur les maladies des femmes. » — Id. « Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles. » — *Gazette des Hôpitaux*, 1847. — Guérin. « Leçons cliniques sur les maladie des organes génitaux internes de la femme. » 1878. — Gendrin. « Traité philosophique de médecine pratique » 1839. — Guyon. Thèse, Paris, 1858. — Gruber A. « Ueber die Therapie der Extrauterinschwangerschaften. » Inaugural dissertation.... eingerere ight von A. Gruber. München, G. wolf und Sohon, 1834. — Gallard. « Leçons cliniques sur les maladies des ovaires. » 1886. — Guichard. « Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral. » Thèse, Paris, 1870. — Gardien. « Traité d'accouchements. » Paris, 1824. — Godet. *Med. Record*, 1890, Mars, 8 p. 238. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 937. — Greenhalgh. *Medical Mirror*, Novembre 1864, p. 689 (in Harris). — Gervjs. « Notes of a case of extrauterine gestation. » *British med. Journal*, Dec. 22, 1877, p. 884. — Guéniot. Société obst. et gyn. de Paris, Février 1893, rif. in Orillard. — Gilliam. « Hysterectomie as an adjunch to the operation for ectopic gestation. » *American gyn. Journal*, 1892, vol. 2.°, p. 690.

Hayem. *Revue des sciences médicales*. — Hourmann. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1840. — Hennig. « Die Krankheiten der Eileiter. » Stuttgart, 1876, — Huttner Ignaz. « Graviditas tubarica simplex. » Inaugural dissertation.... vorgelegt. von Ignaz Huttner. Münchner, B. Heller, 1881, in-8. — Hecker. « Contribution à l'étude des grossesses extrautérines » *Monat. f. Geb.*, Fév. 1859. — Held. « De gravitate tubaria. » Lips., 1854. — Hugnier. « Grossesse supposée extra-utérine. » *Union méd.*, 1852. — Hegard et Kaltenbach. « Ginéco-

logie opératoire, » 1885. — HOFMEIER. « Gynécologie opératoire, » 1889. — HAMILTON. *New-York med. Journal*, Février 1890, p. 143. — HANKS. *New-York obst. Soc.*, Octobre 1889, e *Amer. Journal obsl.*, Janvier 1890. — *Americ. Journal of. obst.*, Juillet 1890. — HELLMUTH. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 214. — HENNIG G. « Gesellschaft für geburtshülfe zu Leipzig, Février 1888. — *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 428. — HERMANN E. *Brit. med. Journ.*, 7 Mars et 2 Juin 1888, Septembre 1890, pag. 723. — HOLLSTEIN. *Deut. med. Woch.*, 1888, N. 39, p. 795. — HOLLSTEIN. *Deut. Med. Journ.*, 1896, p. 340. — HUEPPE. « Die Bendigungen der Ovarial un abdominal schwangersc haft. » Inaug. Diss., Berlin, 1876. — HERMAN. « Gravidanza tubarica doppia. » Gennaio 1887, 1890. — HERMAN. Dicembre 1885 e Febbraio 1888. Operazione. — HARRINGTON. Operazione. *Bostan. med.*, 4 Gennaio 1879, tomo 70, pag. 6. — HECKER. *Man. f. Geburstsh.*, t. XIII, pag. 84. — HECKER. Id., t. XIII, pag. 119. — HEINECKEN. « Ub Extrauterin schwangerschaft mit Berüksichtigung einer Fulles von Laparotomie bei Graviditas ovaria. » Halle, 1881. — HARRIS. « The operation of primary laparotomy in cases of extrauterine pregnancy. » *American Journal of Obstetrics*, November 1887. — HEIM. « Beobachtung einer Bauchschwangerschaft bei welcher das Kind zu vollen Tagen ausgetragen, etc. » *Rust's Magazin für die ges. Heilkundo*, 1817. — HAUFF. *Medicinische Annalen*, von Fuchelt, 1842, Bd. VIII (in Litzmann). — HERWOOD SMITH. « Trans. of the obst. Society. » London, 1878, p. 5, rif. in Orillard. — HOFMEIER. « Anatomische und Klinische Beiträge zur Lehre von der eklopischen Schwangerschaft. » *Verh. der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg*, Bd. XXVIII, N. 4. — HARRIS. « Extrauterine pregnancy treated by cistectomy or cistotomy without exections. » *Amer. Journal of the med. Science*, 1888, vol. 96, p. 262. — HOFMEIER. « Grundriss der gynäkol. Operationen. » F. Deuticke, Leipzig, 1892, p. 416. *Centralblatt f. Gyn.*, 1886, p. 692. — HUNTER. *Soc. ostetr. di New-York*, rif. in *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 692. — HANKS. *Amer. Journal of obst.*, XXVIII, p. 427. — HALSTED BOYLAND. « A remarkable case of gastrotomy. » *Boston med. and surg. Journal*, 1880, p. 593, rif. in *Virchow's Jahresbericht*, 1881, p. 575. — HUEPPE « Die Bedingungen der Ovarial und abdominal schwangerschaft. » Inaug. Diss., Berlin, 1876.

IMBACH P. *British med. Journal*, 1886, p. 340. — IMLACH F. *British med. Journal*, 1896, p. 340.

JACOBUSFILS. « Quelques cas de gross. extra-utérine. » *Journ. de méd. chir. et pharm.*, Bruxelles, 1888. — JEANNEL. *Revue médicale de Toulose*, 1 Mars 1887. — JESSOP. « Case of extrauterine gestation: removal of living foetus by abdominal section. » *Transact. of the obst. Society*, London, 1877, p. 261. — JOHNSON. « Traitement of extrauterine pregnancy after the viability of the child. » *Amer. Journ. of Obstetrics*, November 1893, p. 693. — JACOBS. « Indications for total extirpation of the uterus by vagina. » *Amer. Journ. of Obstetrics*, Luglio 1895, p. 138. — JONSHON. *Boston medical*, Marzo 1894 e 1895, pag. 256.

KLEMM. « Ueber die Gefahren der Uterin-Injectionen, » 1863. — KELLER. « Zur Diagnose der Tubengraviditat. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XXXI, 1891. — KUMMELL. « Zehn Laparotomien wegen Erkankungen der Tuben. » *Deutsche med. Woch.*, XXV, 1890. — KELLEK ELIZABETH G. « Case of hoemato-salpinx. » Rep. Proc. alcumae ass. womens, M. Coll. Penn. Phil., 1889, 79-81. — KINSKEAD. « Du passage de l'oeuf de l'ovaire à la trompe de Fallope. » Congrès de Londres in *Ann. de Gyn.*, Novembre 1881, p. 378. — KALTENBACH. « Zur pathogenese der Tubenruptur bei graviditas extra-uterina. » *Zeitschrift für geburtshülfe und gynäkol.*, XVI Bd., II Hft, 1889, p. 368-373. — KIRMISSON. « Société de gynécologie, » 10 Mai 1888. — KLEIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XX, 2. — KELLER. *Zeitschr. f. Geb. und. Gyn.*, XIX, I. — KELLER. « Des grossesses extrautérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie. » Paris, J. B Baillièr, 1872. — KÖBERLE. *Gazette de Strasbourg*, 1863, N. 10, p. 160. — K. A. HERZFELD. « Klinischer Bericht über hausend Bauchhölen-Operationen. » F. Deuti-

cke, Leipzig, 1895, p. 53. — KLETZCH. « Gravidanza tubarica doppia. » 1884, 1887. — K. ABEL. Operazione. *Arch. f. Gyn.*, v. 44, n. 1, 1889, 1891 e 1893. — KIWISCH. *Wurzb. Vertrandl*, t. I, pag. 99.

LAWSON-TAIT. « Traité des maladies des ovaires » traduit par Ollivier. Paris, Doin, 1886. — LATOUR. « Histoire des causes des hémorragies, » 1815. — LATASTE. « Théorie de la gestation extra-utérine. » Comp. — LE DENTU. Hematocèle retro-utérine et grossesse extra-utérine. » *Gaz. des Hôp.*, 14 Avril 1891, rend. S. biol. Paris, 1889, 9 s., 113-116. — LAMDAU. « Therapeutische Erfarungen über Tubensacke. » *Berl. Klin. Woch.*, N. 36, p. 830, 8 September 1890. — LEMPEREUR. « Des altérations que subit le foetus après sa mort dans les tissus maternels. » Thèse de Paris, 1865. — LESOUEF. « Remarques sur trois cas de grossesse extra-utérine. » Thèse, Paris, 1862. — LANDAU et J. RHEINSTEIN. « Beitrage zur pathologischen Anatomie der Tube. » *Archiv f. Gyn.*, XXXIX, 2. — LATASTE. « Compte-rendu Soc. de biol. » Paris, 1889, 9 l. i., 113-116. — LAVIE. « Salpingites. » Paris, 1888. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE « Salpingites et ovarites, » 1889. — LEAN MC. *Brit. med. Journal*, 17 Mai 1890. — LEROUS CHARLES. *Arch. de tocol.*, 1877, p. 496 et *Soc. anat. de Paris*, 6 Avril 1877. — LUSK W. J. *Nouv. Arch. obst. et gyn.*, année 1888, p. 503. — LE DENTU. *Gaz. méd. de Paris*, N. 10, 1 Mars 1891, p. 109. — LANDAU. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XVI. — LAWSON-TAIT. *Obst. Journ.*, 1880, *Lancet med. Journ.*, 1884 et 1885, *Brit. gyn. Journ.*, 1885. — ID. « Primary laparotomy in extrauterine pregnancy a criticism and repig. » *Amer. Journ. of obstetrics*, Marsch 1888, p. 289. — LAZZATI I. « Manuale del parto meccanico od istrumentale » di E. Lovati. Milano, 1854, p. 194. — LITZMANN. « Zur Feststellung der Indicationen für die Gastrotomie bei Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. » *Arch. f. Gyn.*, vol. XVI, p. 323. — LAWSON-TAIT. « A third case of extrauterine gestation, treated by abdominal section. » *British med. Journal*, 15 Maggio 1880, p. 737. — LANGE. « Bericht der geb. gyn. Klinik zu Königsberg. » *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1885, N. 26, 27 e 29. — LAZAREWITCH. In Wratsch, 1886; rif. in Orillard. — LIHOTSKY. « 3 Fälle von Graviditas extrauterina. » *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1891, p. 184. — LEBEC. « Compte-rendu du Congrès de gyn. à Bruxelles, » 1892, p. 270. — LUSK. « Technique of primary coeliotomy in advanced ectopic gestation. » *New-York Journal Gyn. and Obst.*, July 1893. — LAWSON-TAIT. « Caso di gravidanza tubarica doppia. » 11 Maggio 1885. — LEOPOLD MEYER. «Gravidanza tubarica doppia. » Dicembre 1887, 1889. — LANDAU. *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XVI. *Berl. Klin. Woch.*, 1884. *Deuts. med. Woch.*, 1884. — LAWSON-TAIT. *Obst. Journ.*, 1880. *Lancet et Bristol med. Journ.*, 1884 et 1885. *Brit. gyn. Journ.*, 1885.

MORIGNY. « Contribution à l'étude de l'hématocèle rétroutérine. » Thèse de Paris, 1891. — MARTIN. « Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. » 1885. — *Monatschrift für Geburtsh*, T. 34, obs. de Haselberg, p. 162. — MAASS. « Beitrag zur Tubeuschwangerschaft. » Inaugural dissertation welch am 5 Mars 1887, vertheidigen wird Adolf Maass. Berlin, M. Driesen, 1887, in-8. — MARINUS. « Mémoire sur la grossesse extra-utérine. » Bruxelles, Manceaux, 1866, in-8. — MORDRET. « Étude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. » Paris, 1890, in-8. — MAYGRIER. « Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. » Paris, 1886. — MONPROFIT. « Étude chirurgicale sur les inflammations des organes génitaux internes de la femme. » Thèse de Paris, 1888. — MOREAU. « Des grossesses extra-utérines et de leur traitement. » *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1860. — MATTEI. « Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement. » *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1860. — MALGAIGNE et LE PORT. « Manuel de médecine opératoire. » 9.e éd., 1889. — MANGIN. « Salpingite. » *Marseille Médical*, 1889. — MARTIN DURR. *Bull. Soc. anat. de Paris*, Juin-Juillet 1891, fasc. 15, p. 379. — MATLAKOWSKI. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 3. — MIKEL WEY. Descrisse semplicemente. — MEYER L. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, XVI, I. — MEINERT. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 861-865. — MELON. « Trait. de l'hématocèle péri-utérine par l'incision vaginale. »

Thèse de Bordeaux, 1888. — MACKENRODT. *Zeitschrift für Geb. Gyn.*, Bd. 33, Heft. I. — MARTIN. *London Obst. Tr.*, t. XI, pag. 57. — MAYGRIER. Terminaison et traitement de la grossesse extrautérine. » Paris, 1887. — MORISON A. E. *Edinb. med. Journ.*, Sept. 1888. — MOTT F. W. *Transact. path. Soc. London*, 1888-89, XII, p. 27. — MURTY MAC. *Americ. Journ. obst.*, Oct. 1889, Janvier 1890. — MENDES DE LÉON. *Soc. gyn. hollandaise d'Amsterdam*, 16 Février 1889. — MORIGNY F. « Hématocèle rétro-utérin (pathogénie et traitement). » Thèse de Paris, 1890-91. — MUELLER. *Bull. des sciences médicales*, publié au nom de la Société Médical d'émulat. de Paris, 1811, vol. VIII (in Orillard). — MATTFELD. *Neue Zeitschrift f. Geb.*, 1827, p. 134 (in Keller). — MEADOWS. « Remarks on the treatement of some forms of extrauterine gestation, with a cases. » *Transaction of the obst. Society*, London, XIV, p. 309. — MARTIN. « Ueber Extrauterinschwangerschaft. » *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1881, N, 51-52. — MORDECAI-PRICE. *American Lancet*, Oct. 1893, rif. in Werder. — MARCHAND. In Orillard. — MEADOWS. « Case of extrauterine gestation, with remarks on the treatment of that conditions. » *Transact. of the obst. Society*, London, 1872, vol. XIII, p. 272. — MARSCHNER. « Ueber einen Fall von Extrauteringravidität. » *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 265. — MURET. « Beitrag zur Lehre der Tubenschwangeschaft. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, XXVI, p. 22. — MARTIN. « Extrauterin Schwangerschaft. » Eulenburg's R. Encyclopädie, 2.ª ed.

NAUGHT MC. *Brit. med. Journ.*, Janvier 1888, 129. — NITOT. *Rev. obst. de gyn.*, Paris, 1891, VII, 251-261. — *New-York Med. Journal*, 1884-1891. — NONAT. « Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes. » Paris, 1860. — NOGGERATH. *Amer. Journ. of obst.*, May 1875. — NOVARA. « Gravidanza extrauterina. D'una bambina felicemente estratta viva mediante la sezione addominale. » *Giornale di medicina pratica* del cav. L. Brera, Padova, 1806, 2.° semestre, p. 215. — NETZEL. « Fall of extrauterin hafvandeskap. » *Hygica*, 1889, p, 169. — NEGRI. « Di una gravidanza extra-uterina curata e guarita colla laparotomia primaria. » *Rivista Veneta di Scienze mediche*, Gennaio-Febbraio 1890.

ORTHMANN. « Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten. » *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, XXI, 1891. — OZENNE. « Des salpingites. » *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1890, p. 594-692. — OLSHAUSEN. *Berlin Klinische Wochenschrift*, 24 Févr. 1890, N. 8, p. 181. *Soc.* de *méd. de Berlin*, séance du 5 Février 1890, et *Sem. méd.*, 12 Février 1890. — ONI. *Arch. de tocologie*, 6 Juin 1891, p. 433. — ORILLARD. « De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable. » Paris, G. Steinheil, 1894. — OLSHAUSEN. « Ueber Extrauterinschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. » *Deutsche med. Wochenschr.* 1890, N. 8-10. — OLSHAUSEN. « Gravidanza tubarica doppia. » Novembre 1888, 1889. — OTT. Soc. Obst. de Saint. Pethersburg. Settembre-Ottobre 1893. — OTT. *Berlin. Klinic. Woch.*, n. 44, pag. 967, 4 Novembre 1895.

PARSONS. *Brit. med. Journ.*, 3 Octobre 1891. — PÉAN. « Leçons clin. chirurg. » Paris, 1888, p. 898-901. — PINARD. *Ann. de Gynéc.*, Avril 1889, p. 241-261. — POLAILLON. *Bull. Acad. de méd.*, 19 Avril 1890, p. 442-444. — POZZI. *Gaz. méd. de Paris.*, 1887, p. 329; *Annales de gyn.*, Janvier 1890; « Traité de gynécologie. » Paris, 1890; *Semaine méd.*, 16 Juillet 1890, p. 245. — PENGRUEBER. *Semaine méd.*, 1886, 9 Janvier, p. 1-3. — PASTA. « Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes, traduit par S. A. Alibert, an VIII. — PUECH. « De l'hématocèle péri-utérine, » 1861. — PÉAN. « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. » Paris, 1885, in-8. — POZZI. « Traité de gynécologie clinique et opératoire. » Paris, Masson, 1890. — PONCET. « De l'hématocèle péri-utérine. » Thèse d'Aug., Paris, 1887. — PHÉNOMÉNOW. « De la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine. » Paris, 1883, in-8. — PATRY. « Extra-uterine pregnancy, its causes, species, pathological anatomy, clinical history, diagnosis, prognosis and treatement. » Philadelphie, 1835. London, 1836. — PAULY. « De graviditate extra-uterina. » Beeal, 1838. — PUECH. « Du traitement de la grossesse extra-utérine. »

Annales de gyn., t. XII, 1839. — PINARD. « Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. » *Ann. de gyn.*, 1889, p. 241-261. — PILLIET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888 à 1892. — PUECH. « Grossesse de l'ovaire. » *Ann. de Gyn.*, 1878. « Du traitement des grossesse extra-utérines. » *Ann. de Gyn.*, 1879. — PATIENKO. « Étude de la grossesse extra-utérine. » St. Pétersbourg, 1878. — PRICE, rif. in Harris. — PESTALOZZA. *Atti della Società ostetrica-ginecologica di Roma*, 1895. — PERRES. *Gynäk. Journ. of Boston*, t. I, pag. 140. — PESTALOZZA. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Luglio 1895. — PUECH. « Grossesse de l'ovaire. » *Ann. de Gyn.*, 1878. — « Du traitement des grossesses extra-utérines. » *Ann. de Gyn.*, 1879. — PONCET. (Thèse del 1878). Riporta i casi di Chassaignac, di Schroeder, di Pinard che sono ricordati nel « Traité de la suppuration, » T. II, pag. 463. *Wiener med. Woch.*, 1872, n. 22 et 23. — PATIENKO. « Etude de la grossesse extrautérine. » St. Petersbourg, 1878.

ROKITANSKY. « Handbuch der patologie. » — RACIBORSKI. « Traité de la menstruation, de l'ovulation et de la fécondation, etc. » Paris, 1858, in-8. — ROGERS. « Extra-uterine foetation and gestation. » Phil., 1867. — ROMITI. « De la grossesse extra-utérine. » Thèse de concours. Florence, 1875. — ROUX. « Des grossesses extra-utérines, diagnostic. » Thèse, Paris, 1872. — *Revue de Chirurgie*, 1886. — REYNIER. « Hématosalpinx. » *Bull. Soc. chir.*, XVIII, p. 278-283. — RISKALLAH. « Traitement des salpingites, » Thèse, Paris, 1889. — REED. *Med. Record*, 1887, 20 Août, p. 205 et *Centr. f. Gyn.*, p. 198, année 1888. « Intraperitoneale haematocelle als folge des geplatzen Eisackes einer Tubenschwangerschaft. » — ID. *Am. Journ. obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 172-185. — REGNAULD EUG. « Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. » Thèse de Paris, 1891. — REINE. *Soc. obst. et gyn.*, Kieff, 1890, p. 59, 87. — ROSENWASSER. *Cleveland med. Gaz.*, 1888-1889, N. 345-351. — ROUTIER A. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 7 Janvier 1890, p. 8-17. — RUGE, *Soc. obst. et gyn.*, Berlin, Séance du 10 Mai 1889. — REGNAULT et JAYLE. *Bull. Soc. anat. de Paris*, Octobre-Novembre 1880, fasc. N. 18. p. 458. — ROX. *Berlin. Klin. Woch.*, 10 Juin 1887, p. 527. — REIN. « Zur Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 969 et « Comptes-rendu du Congrès de Gynécologie à Bruxelles. » 1892, p 286. — ROCHET. « Società belga di ostetricia e ginecologia, » rif. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p, 133. — REGNIER. « Geb. Gyn. Gesellschaft in Wien, » 31 Octobre 1893. *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, p. 1170. — RONCAGLIA. « Di una gravidanza extrauterina operata felicemente con laparotomia primaria. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Maggio 1895. — ROCHET. « Compte-rendu du Congrès de Gynécologie à Bruxelles, 1892. » Paris, G. Carré, 1894, p. 257. — ROBERT (1951) dimostrò che l'ematocele può essere anche laterale. Il caso di Piagey (*Bulletin de la Soc. An.* 1850) lo ha anche provato.

SCANZONI. « Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. » 1885. — SPENCER WELLS. « Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales. » 1886. — SCHRÖDER. « Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, » 1886. — SAUVAGES. « Nosologie méthodique, » 1771. — SCHUHL. « Des grossesses extra-utérines dans leurs rapports avec les grossesses subséquentes. » Thèse, Nancy, 1883. — SINÉTY. « Traité de Gynécol. » Paris, 1879. — SCHRÖDER. « Manuel d'accouchements, » traduit et annoté par M. le doct. Charpentier, 1874. — SAENGER. « Gänseigrosse hoematocele intra-peritonealis. » *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 558. — SCARFF J. H. *Transact. am. assoc. obst. and. gyn.*, Philadelphie, 1888, 165-167. — SCHEURDEN. « Charité an Berl., » 1889, XIV, 178-187. — SCHOOLFIELD J. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1890, n. s., XXV, 101. — SCHOURINOFF. *Med. obozrenje*, 1889, N. 6. — ID. *A Kusk i jeusk. boliez*, St. Petersbourg, 1889, III, 605-628. — SIEGENBECH (VON). *Henkelan Nederlandsh Pydeh V. Gences Künde*, 1885, N. 35. — SMOLSKY. *N. Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1890, 647-651. — SMOLSKY. *Journal d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 225. — SINCLAIR. *Brit. med. Journ.*, Janvier 1888, p. 127. — STEVENSON. *Edinb. med. Journ.*, Mars 1888. — STRANCH. *St Petersburger med. Wochenschrift*, 1890, N. 52. — STOKER. *Brit. med. Journ.*, London, 1889, p. 715. — ID. *Lancet*, London,

1889, l. 1036. — STOKER THONBY. *Acad. royale de médecine Irlandaise, Section d'obst.*, 1889. *Brit. med. Journ.*, Avril 1889. — SURER. « Hématocèle intrapéritonéale spontanée chez la femme. » Th. de Paris, 1889-1890. — SUTTON BLAND. *Roy. med. and chir. Soc.*, 2 Nov. 1889. — SULTON. *Medico-chir. Transact.*, LXXIII, 1890, p. 55. — SZUMAN. *Nowing lekarskie*, Septembre et Décembre 1890. — SPIEGELBERG. « Zur casuistik der Ovarialschwangerschaft. » *Arch. f. Gynäkol.*, Bd. XIII, f. 1. — SCHRÖDER. « De l'accouchement. » Ed. russe, 1881. — SCHREYER. « Kurze Mittheilung einer Graviditas extrauterina welche mit glücklichen Erfolg für Mutter und Kind durch mich operirt wurde. » *Monatschr. f. Geburtsh.*, 1859, XIV, p. 283. — SALE. « Case of extra and intrauterine foetation with operation, etc. » *American Journal of med. Sciences*, vol. 61, Gennaio 1871. — STADFELDT. « Et Tilfaeld of graviditas tubo uterina. Laparotomi. » *Hospital Tidende*, Sept. 1886; rif. in Harris, e in *Virchow's Jahresb.*, f. 1886. — SPAETH. « Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XVI, p. 269. — STRAUCH. *Geb. Gyn. Gesellschaft in Moskau*, rif. in Orillard e in Frommel's Jahresbericht, 1892. — SCHNEIDER. « Fünf Fäll von Extrauteringravidität. » *Deutsche med. Wochenschr.*, 1832, N. 37. — SCHAUTA. « Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft. » Prag, 1891. — SIPPEL. « Zur Lehre von den Extrauterinschwangerschaffen. » *Deut. Med. Woch.*, 1992. N. 37. — SPIEGELBERG. « Zur casuistik der Ovarial schwangerschaft. « *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XIII. — SERRES. Thèse de Paris, 1885. — STEINEKEN. « Ub. Extrauterin schwangerschaft Laparotomie bei Graviditas ovaria. » Halle, 1881.

TERRILRON. « Salpingites et ovarites. » Paris, Doin, 1891. — TIET. « On diseases of menstruation and ovarian infiammation, » 1850. — THOMAS. « Traité clinique des maladies des femmes. » 1879. — TARNIER. « Traité de l'art des accouchements. » 1886. — TERRILLON. « Trois nouvelles observations d'hémato-salpingite et ovarite. » Communication faite à l'Académie de médecine, Séance du 27 Septembre 1887. Paris, 1877, in-8. — TRIADOU. « Des grossesses extra-utérines. » Concours d'agrégation, Montpellier, 1866. — THEILHABER. « Un cas d'hémato-salpinx causé par une grossesse tubaire. » *Münch. Med. Wolch.*, N. 492. — TALENT. *Centr. f. Gyn.*, année 1889, p. 167. — TRÉLAT. *Bull. Soc. chir. de Paris*, année 1886, p. 318. — TUFFIER et RODIGUER. *Bull. de la Soc. Anat.*, Octobre-Novembre 1891, fasc. N. 20, p, 589. — TUTTLE. *Amer. Journ. obst.*, Janvier 1890; *New-York obst. Soc.*, Avril 1889. — TAIT (LAWSON). « Maladies des ovaires, » 1883; *Brit. med. Journ.*, p. 778, Avril 1885; *Lancet*, 31 Octobre 1886; *Brit. gyn., Journ.*, London, 1888-89, p. 306-309; *Brit. med. Journ.*, p. 1001, Mai 1888; *Lancet*, 23 Novembre 1889; *Edinb. med. Journ.*, Juillet 1889, p. 103; *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 362; *Brli. med. Journ.*, London, 1889, I, p. 78; *Brit. med. Journ.*, 4 Janvier 1890; *Wood's mas. monog.*, 8 N. Y., 1890, p. 461, 585; *Lancet*, Novembre 1889, N. 23; « Traité clinique des maladies des femmes. » Trad. Alb. Betaise, Paris, 1891. — TALBOT JOANNES. *Ann. f. of Med. Sc.*, Avril 1879. — TREUB. « Zwei Fäll von Extrauterinschwangerschaft. » *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XV, f. 2. — TAYLOR. « Case of extrauterine pregnancy at full term. » *Transaction of the obst. Soc.*, London, vol. 33, p. 115. — TREUB. « Grossesse interstitielle tubo-utérine. Laparotomie. » *Ann. de Gyn.*, Luglio 1894, p. 49. — TALBOT JONES. *Ann. f. of Med. Sc.*, Avril 1879. — TOIVO FORRSTROEM. Operaz. Giugno 1896. « Grossesses tubaires doubles chez la femme » en *Semaine Gynécologique*, Luglio 1897. *Mith. aus. der gynaecologischen Klinik*, des prof. dott. Otto. Engstroem, Band I, Hest. I, p. 35-45, 1897.

URBAIN. « Grossesse extra-utérine à terme. Operation. » *Repertoire univ. d'obst. et de gyn.*, 25 Janvier 1894.

VOISIN. « De l'hématocèle rétro-utérine. » 1860. -- VIDAL DE CASSIS. « Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice, » 1840. — VAN CANNENBERGHE. « Des grossesses e xtra-utérines. » Bruxelles, 1867. — VON GZISAK. « De graviditate extra-utérine com-

ment Héréd, » 1824. — VAPIEL H. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, année 1888, 5.e série, t. II, p. 911. — VEIT J. *Deutsche Zeitschr. f. prat. Med.*, 1877, N. 34; *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 24 Février 1888, 10 Mai 1889; *Berliner Klinische Wochenschrif*, 3 Mars 1890; *Centr. f. Gyn.* et X.e Congrès intern. de Berlin, Août 1890; *Zeitschr. f. geburtsh. u. Gynäk.*, Stutg., 1891, XXI, 447; *Sammlung Klin. Vortrage*, N. 7, n. 15; *Centr. f. Gyn.*, Mai 1891, N. 19, p. 376. — VEDELER og. NORMAN. « Fuldgaet extrauterint Svangerskap. » *Norsk Magaz.*, vol. 10, p. 86: rif. in *Virchow's Jahresbericht*, 1881, p. 576. — VEIT e VERTH. « Gyn. Dritten Kongress. » 1889. VEIT et MOURATOFF. *Annales de Gyn.*, 1890. — VON HENKELAN. « Autopsia cadaverica. »

WATKINS SEYMOUR. « Pelvic haematocele, » 1886. — WALTER HEINRICH. « Zur casuistik der haematosalpinx. » Guiessie, 1890, 8.o, 46 p., 1 pl. — WATHEN (de Louisville). « De l'assimilation des hématomes pélviens à la grossesse ectopique. » *Amer. Journ. of obst.*, 1889. — WEINKNECHT. « De conceptu extra-uterina. » Hal, 1891. — WILLIGT. « De la grossesse ovarienne. » *Journal de Halla*, 1859. — WILLIAMS. « Histologie normale et pathologique des trompes de Fallope. » *Americ. Journal. of med. sc.*, Oct. 1891. — WAQUEZ. *Bull. de la Soc. d'anat de Paris*, 5.e vol., Nov. 1888. — WATHEN W. *N. Y. med. Journ.*, Mars 1890. — WESTERMARK. *Nordisk medicinsk archiv*, Stokolm, t. XIX, N. 27. — WIBORG ANG. *Hygica*, N. 8, année 1888. — WYDER. *Centralbl. f. Schweizer aerste*, N. 1, p. 17, Janvier 1890. — WYLIE GILL. *N. Y. obst. Soc.*, Avril 1890. — WYLIE W. G. *Amer. Journ. obst. N. Y.*, 1889, XXII, 1285, 1292. — WALTER. Th. inaugurale de Giessen, 1890. — WATH. « Beit. zur Anat. and 2 operat. Behand. d. Extrauterinschwangerschaft. » Stuttgart, 1887. — WERDER. « Coeliotomy in ectopic gestation where the foetus is living and viable. » *Medical Record*, 24 November 1894. — WILLIAMS. « A case of extrauterine pregnancy. » *British med. Journ.*, 3 Dec. 1887. — WILSON. « A case of combined intrauterine and abdominal twin pregnancy. » *Amer. Journ. of obst.*, vol. XIII, October 1880. — WALTER. *Britisch. med.*, 1.o Ottobre 1892. — WINCKEL. « Pezzo anatomico dimostrante la gravidanza tubarica doppia. » 1885. — WEIT. « Gravidanza tubarica doppia. » Operazione, Gennaio 1888. — WEIT. Soc. Obst. et Gynéc. de Berlin, 1878. — WEIT-MOURATOFF. *Ann. de Gyn.*, 1890. — WRIGHT. *Med. Times*, 9 Janvier 1869, pag. 34. — WEBER. *Wiener med. Press.*, 1867, n. 50. — WATH. « Beit. z. Anat. and. z. operat. Behand. d. Extrauterin schwangherschaft. » Stuttgart, 1887.

ZMIGRODZKI CASIMIR. « De laparotomie pendant la grossesse extrautérine. » Oeuvre de la Société chirurgicale russe de Pirogoff (en russe); « Étude de la grossesse extra-utérine, symptômes, étiologie et traitement. » St. Petersbourg, 1886, in-8, 262 (en russe); « La grossesse extra-utérine en rapport avec la médecine légale. *Wjestriy soudbenoi Meditzine*, vol. 1, 1888 (en russe); « Beiträge zur Lehre von den Extrauterinschwangerschaft. » *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1888, N. 10, p. 187. — ZUCHER J. *Centr. f. Gyn.*, 14 Avril 1888. — ZMGRODZKI. *Ann. d'hyg.*, Paris, 1891, XXV-, 152-159. — Pour autres indications, voir le « Dictionnaire encycl. des Sciences médicales, » art. « Hématocèle » d'Ant. Poncet, Lyon, 1886. — ZMIGRODSKY. « Étude de la grossesse extra-utérine. » St. Pétersbourg, 1886. — ZWANCK. « Beschreibung eines Bauchschnists bei graviditas extrauterina abdominalis. » Hamburg, 1854, in *Monatschrift für Geburtsh.*, Febbraio 1855. — ZMIGRODSKY. « Etude de la grossesse extrautérine. » St. Petersbourg, 1886.

SPIEGAZIONI DELLA TAVOLA

Fig. I. — *Tromba con ovaio e legamento largo del caso 7.°*
i. Imbuto formato dal padiglione della tromba e da tessuti avventizi, dove era collocato l'ovo fecondato.
o. Spaccato dell'ovaio, aderente al padiglione.
s. Salpinge ipertrofica.
l. Legamento largo ispessito.

Fig. II. — *Tromba ed ovaio del caso 4.°*
t. Tromba molto ingrossata.
ov. Ovo attaccato alla tromba, sulla parte lacerata.
o. Ovaio con cavità, che è stato distaccato dalla tromba.

Fig. III. — *Cisti fetale del caso 10.° Gravidanza extrauterina doppia.*
f. Feto visto attraverso le membrane, fuoruscito in parte dal sacco cistico rotto.
s. Sacco formato dalle pareti della salpinge lacerata e da tessuti infiammatori e neoformati.
p. Padiglione della tromba superstite.
pl. Placenta attaccata al sacco.

Fig. IV. — *Scheletro di embrione trovato nella gravidanza extrauterina doppia. Caso 10.°*

Fig. V. — *Esemplare di ematocele sperimentale. Utero ed annessi di cagna.*
se. Sacco ematocelico rimasto dopo molti giorni dall'emorragia.
u. Utero.
ll'. Legamenti larghi.
d. Douglas.

Fig. VI. — *Taglio dell'uovo del caso 4.°* Obb. 4, Oc. 3, Koritska.
u. Villi degenerati, divenuti fibrosi.
e. Emorragia attorno al villo.
t. Tessuto della salpinge aderente all'ovo.
cc. Connettivo ed infiltrazione linfoide.

Fig. VII. — *Taglio microscopico di ovaio umano normale, dove si vede un corpo luteo, che ha somiglianze colla Fig. VIII.*
cl. Corpo luteo.
tc. Fibrina organizzata.

Fig. VIII. — *Taglio dell'ovaio del caso 4.° dove si vede il tessuto neoformato deciduale, sorto al posto d'un follicolo di Graaf.*
td. Tessuto simile a tessuto deciduale.
to. Tessuto ovarico.
cs. Cavità contenente sangue e fibrina organizzata.

Fig. IX. — *Sezione completa della porzione interna della salpinge. Caso 7.° Obb. 4, Oc. 3, Koritska.*

me. Mucosa della tromba, rivestita di epitelio discretamente conservato, in qualche parte desquamato.

ic. Infiltrazione linfoide.

tm. Tessuto muscolare, gruppi di cellule migranti.

Fig. X. — *Sezione trasversale completa della porzione media della tromba. Caso 3.° 8 Giugno 1895.* Obb. 2, Oc. 3, Koritska.

plm. Pliche mucose ben conservate con rivestimento epiteliale.

m. Strati muscolari con vasi normali.

ip. Infiltrazione parvicellulare.

Fig. XI. — *Taglio microscopico dell' ovaio del caso 4.° mostrante il tessuto deciduale neoformato.*

cd. Cellule deciduali.

cd. p. Cellule deciduali di prima formazione.

co. Parte corticale dell'ovaio.

tf. Cavità dell'ovaio rivestita dal nastro deciduale e ripiena di sangue e fibrina organizzabile.

Fig. XII. — *Porzione della figura precedente disegnata a più forte ingrandimento.*

cd. Cellule deciduali.

to. Tessuto ovarico.

or. Origine della cellula deciduale dal connettivo.

ps. Forme di passaggio della cellula deciduale.

Fig. XIII. — *Taglio microscopico dell'ovaio del caso 4.° ingrandito tre volte. Mostra il sito dove fu fecondato l'uovo.*

d. Nastro deciduale.

to. Tessuto ovarico.

Dr. GIUSEPPE GIGLIO – R. ISTITUTO OSTETRICO – GINECOLOGICO DI PALERMO – GRAVIDANZE ECTOPICHE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF
11 JUL 96
LIBRARY

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

OSSERVAZIONI SULLA STRUTTURA DELLE CISTI
DELLA GLANDOLA VULVO-VAGINALE

PEL
Dott. ERSILIO FERRONI
Medico 2.º Assistente.

Lo studio di questa speciale lesione neoformativa del grande labbro se non è molto recente non si può dire neanche che risalga ad epoca da noi troppo remota: il primo lavoro ispirato a fondati concetti anatomici e clinici si deve infatti a Huguier (1), che nel 1846, occupandosi delle malattie relative agli apparati secretori degli organi genitali esterni della donna, riportava 34 osservazioni di tumori cistici della glandola vulvo-vaginale. Quantunque moltissimi lavori abbiano preceduto quello di Huguier, tuttavia non può dirsi che essi abbiano gettato molta luce sull'argomento, sia per deficienza di cognizioni anatomiche, sia per la vaga e confusa interpretazione dei fatti osservati. Tali sono gli studi di Boys de Loury (2), di Boyer (3), di Vidal (4), di Th. Bonet (5), Cruveilhier (6), Regnoli (7), ecc., ecc., ai quali oggi si dà un valore semplicemente storico.

Da Huguier in poi le osservazioni sulle cisti della glandola di Bartholini si sono per così dire moltiplicate, la conoscenza di questa lesione è diventata quasi completa e le indagini successive hanno apportato solo qualche contributo ai dettagli fino allora descritti.

---

(1) Huguier. « Sur les maladies des appar. sécrét, des organ. génit. ext. de la femme. » Mem. lu dans la séance du 31 Mars 1846. *Mémoires de l'Acad. nation. de méd.*, vol. XV, 1850.

(2) Boys de Loury. « Observat. sur les kystes et les abcès des grandes lèvres. » *Revue Médicale*, 1840, t. IV.

(3) Boyer. *Mém. de l'Acad. de méd.*, vol. X.

(4) Vidal. *Revue chirurgicale*, t. I.

(5) Th. Bonet. « Observat. chirurg. de Th. Bonet » par Potier, t. IV.

(6) Cruveilhier, cit. da Huguier e da S. Bonnet.

(7) Regnoli, cit. da Huguier e da S. Bonnet.

Difatti si sa ormai abbastanza sul modo d'insorgere di tali cisti, sul loro decorso, sui caratteri clinici che esse presentano, sui sintomi, sugli esiti e sul trattamento ad esse relativo. Se a tale riguardo non esistono più lacune nè controversie, non è così per l'anatomia patologica fina di queste cisti, poichè la maggior parte degli autori che hanno instituito tali ricerche, si sono limitati ad un semplice esame grossolano della massa asportata, senza indagare il più delle volte quale fosse la struttura minuta della cisti medesima in rapporto al suo modo di sviluppo e a tutti i particolari che le si riferiscono.

È stato sempre detto che clinicamente esistono due forme ben distinte di cisti della ghiandola di Bartholini: le cisti del condotto escretore (vere cisti da ritenzione) e quelle primitive degli acini glandolari. Le prime sono più frequenti tanto da esser ritenute da qualcuno (Duncan) come le sole cisti della glandola vulvo-vaginale; esse formano dei tumori non molto grossi (dal volume di un'avellana a quello di una noce), si mostrano dapprima fusiformi per diventare in seguito globosi, sono superficiali, spiegano il piccolo labbro sporgendo al di sotto della mucosa vaginale, sono capaci anche di scomparire per l'apertura spontanea o forzata dell'orificio di sbocco del condotto escretore che dà luogo alla fuoruscita del liquido contenuto nella cavità ectasica. L'altra varietà di cisti, quella degli acini, è meno frequente, essa può diventare molto voluminosa raggiungendo la grossezza di un uovo di gallina, è globosa fin da principio, trovasi indietro del grande labbro che solleva insieme col piccolo, si dirige verso la branca ascendente dell'ischio, non scomparisce se non con la completa ablazione.

Anche i caratteri macroscopici della cisti asportata son ben diversi nell'una e nell'altra forma: la cisti del condotto è liscia con superficie alquanto regolare, ha cavità unica, mentre quella degli acini presenta dei bitorzoli, è multiloculare con numero variabile di setti, ha forma veramente cistoide quando si ha l'accumulo di parecchie cavità con parziale deiscenza delle pareti cistiche. Se qualcuno o parecchi lobuli si fanno cistici e non comunicano fra di loro nè col dotto escretore lasciando la glandola parzialmente intatta, si ha quella forma di *cisti a cappelletto, a rosario*, descritta da Boys de Loury (1) nel 1840 o di *cisti a grappolo* che Huguier (loco cit.) rassomiglia all'ovaio dei rettili.

---

(1) Boys de Loury, loco cit.

Altre volte il condotto escretore e gli acini possono esser colpiti contemporaneamente (o ciascuno per alterazioni proprie o prima il condotto e conseguentemente gli acini) e allora si hanno le cisti ramificate, arborescenti, come quella osservata e riportata da Huguier (loco cit.) in una tavola del suo lavoro.

In rapporto a queste varie forme di cisti si sono ricercate le cause che possono presiedere al loro sviluppo. Come fattori genetici delle cisti del condotto si è invocato il tragitto obliquo del canale escretore, la stenosi dell'orificio primitiva o secondaria a lesioni locali, la disposizione anomala della mucosa del condotto, tanto lungo il suo decorso quanto all'orificio di sbocco, la mancanza di tonicità della glandola, la densità del secreto, ecc., ecc.; per le cisti originate primitivamente negli acini le cause sono in gran parte sconosciute e si è accennato soltanto, nel campo delle ipotesi, alla possibile tendenza degli elementi ghiandolari, ai disturbi primitivi di secrezione, ai processi degenerativi, a speciali lesioni vasali, senza l'appoggio però di osservazioni precise e complete.

A tutte queste conoscenze risultanti dall'esperienza di un gran numero di clinici (1), in questi ultimi tempi si è aggiunta da qualche autore la ricerca della struttura della massa cistica con l'intendimento di spiegarne la natura e l'origine.

Già Huguier (loco cit.), coi mezzi di cui poteva disporre, descrisse la parete della cisti come costituita da due o tre membrane sovrapposte di cui l'interna sottile, trasparente, data dalla mucosa con epitelio semplice o stratificato, mai vibratile, la media composta di fibre non nettamente stratificate e incrociate in tutti i sensi, l'esterna appartenente al tessuto che circonda il dotto escretore o gli acini a seconda dello sviluppo della cisti.

---

(1) Oltre ai lavori citati nella presente nota, vedi: MARTIN e LÉGER. « Recherch. sur l'anat. et la pathol. des appar. sécrét. des organes génit. ext. chez la femme. » *Archiv génér. de Médec.*, 1862, vol. I, p. 69 e 174. — KLOB. « Patholog. Anat. der Weiblichen sexualorgane. » Wien, 1864, pag. 463. — MANGIAGALLI. « Trattato di Ostetricia e Ginecologia. » Vallardi, 1897, fasc. 53-54. — « A System of gynec. obstetr. by *american authors.* » Edinburgh-London, 1889, vol. I, p. II. — WINCKEL. « Lehrbuch der Frauenkrank. » Leipzig, 1886. — BILLROTH u. LUECKE. « Handbuch der Frauenkrank. » Stuttgart, 1886, Bd. III. — SAGE. « Des tumeurs liquides de la grande lèvre. » Thèse de Bordeaux, 1894-95. — TARNIER. « Tumeur kistique de la glande vaginale. » *Journ. de Sage-femmes*, Paris, 1893. — MONNIER. *Bull. et Mém. Soc. de méd. prat.* de Paris, 1890. — DUBAR. « Des tumeurs liquides des grandes lèvres. » Lille, 1889.

Recklinghausen (1), nel 1881, occupandosi di questi tumori della glandola vulvo-vaginale, prende in esame tre casi di cisti bilaterale, nel primo dei quali il reperto microscopico è di un certo interesse. La cisti del grande labbro destro ha la parete di 1 mm. di spessore, con lamelle connettivali relativamente povere di cellule e presenta un rivestimento interno epiteliale di cui lo strato più profondo è costituito da piccole cellule germinali, il superficiale da elementi cilindrici, piuttosto bassi, non vibratili. La sacca cistica nella sua porzione infero-posteriore mostra una prominenza bernoccoluta che racchiude una piccola cavità: in questo punto la parete della cisti non è ben delimitata, si notano invece dei tubuli ghiandolari un poco più allontanati l'uno dall'altro che non nella ghiandola di Bartholini normale, con appiattimento del loro epitelio e con diminuzione e dilatazione del loro lume. Maggiori tubuli, evidentemente dilatati, spesso ripieni di masse jaline, sboccano nella cavità sopra descritta. In nessun punto si rileva traccia del dotto escretore. La cisti del grande labbro sinistro si era aperta nel vestibolo; anche in tal caso si dimostra la presenza della sostanza glandolare che trovasi al margine infero-posteriore del sacco cistico, come nell'altro lato, e i di cui tubuli secretori hanno parete fibrosa ispessita. Il connettivo della cisti è ricco di cellule fusiformi, le quali circondano i numerosi vasi che ne attraversano lo strato interno per formare presso alla superficie più ricche diramazioni. L'epitelio, pluristratificato, presenta qua e là delle papille; sotto di esso trovasi uno strato più spesso di cellule rotonde che rassomiglia allo strato adenoide della mucosa. Si trattava quindi, secondo Recklinghausen, di una occlusione bilaterale dei dotti escretori delle glandole di Bartholini con formazione di cisti, con mixadenite e mixangioite fibrosa, con dilatazione dei piccoli condotti glandolari e a sinistra con neoformazione di tessuto all'interno della cisti.

Degli altri due casi, uno è dovuto ad occlusione bilaterale del condotto escretore con dilatazione di questo a destra sotto forma di tubo a sinistra di cisti, con atrofia della sostanza ghiandolare, massime a destra, senza alcun segno di mixoadenite; l'altro a bilaterale ipertrofia del tessuto ghiandolare anche lungo il dotto escretore, accompagnata

---

(1) Recklinghausen. « Ueber die Ranula, die Cyste der Bartholini'schen Drüse und die Flimmercyste der Leber. » *Virchow's Archiv*, 1881, Bd. 84, H. 3, p. 425.

da cisti multiple, da dilatazione dei tubuli e da degenerazione mucosa del loro epitelio. L'autore, in base a questi dati, ritiene la mixangioite come *primum movens* della dilatazione cistica della ghiandola di Bartholini e dà un grande valore alle neoformazioni di tessuto in intimo rapporto colla vascolarizzazione e l'afflusso sanguigno nei punti più favorevoli, tanto da fargli nascere il sospetto che in certi casi la lesione del grande labbro non sia un vero processo neoformativo.

Qualche particolare di struttura ci riferisce anche Malusardi (1) in un caso di grossa cisti della glandola vulvo-vaginale, da lui asportata integra. La parete interna di questa cisti mostrava ancora dei brani di epitelio a cellule pavimentose e lo stesso epitelio rivestiva qua e là dei tramezzi che notavansi nell'interno del sacco cistico villoso.

Pochissimo si può ricavare dal lavoro minuzioso di S. Bonnet (2), come pure dal capitolo sulle cisti della ghiandola di Bartholini nel trattato di Bonnet e Petit (3): questi autori parlano soltanto di tre stati che costituiscono la parete cistica: il 1.° interno, incompleto, con cellule in degenerazione colloide, il 2.° fibro-elastico, il 3.° esterno, molto ricco di vasi.

Qualche cosa di più concreto si rileva invece dai preparati di una cisti della glandola vulvo-vaginale presentati da Pilliet (4) alla Società anatomica di Parigi.

La cavità cistica, molto irregolare per verrucosità costituite da papille corte e sessili, è in corrispondenza di questi punti rivestita da cellule epiteliali raggruppate in vari strati. Notansi canali escretori dilatati e in via di trasformazione cistica, come la sacca principale, a contorni irregolari e tappezzati da epitelio stratificato. I lobuli ghiandolari, poco numerosi, trovansi al di là della parete elastica, sono allontanati gli uni dagli altri e presentano cellule piccole, cubiche, serrate, senza porzione mucosa differenziata, mentre altri lobuli sono bene sviluppati e normali. Osservasi inoltre obliterazione di molti vasi e

---

(1) Malusardi. « Le cisti e l'ascesso della glandola vulvo-vaginale. » *Gazzetta medica di Roma*, Giugno 1887, anno XIII, fasc. 12.

(2) S. Bonnet. « Des kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales. » *Gazette des hôpiteaux*, 16 Giugno 1888, N. 69.

(3) Bonnet et Petit. « Traité de Gynécologie. »

(4) Pilliet. « Kyste et sclérose de la glande de Bartholin. » *Bullet. de la Soc. anat.*, 1893, fasc. 13.°, pag. 326 (séance du 12 Mai).

ispessimento della loro tunica. Si tratterebbe quindi di una cisti del canale escretore con sclerosi molto estesa della glandola vulvo-vaginale.

In un caso riferito da Kleinwächter (1) si potè notare una parete cistica sottile, con cavità divisa da due setti anulari in tre loculazioni comunicanti: la parete interna liscia era costituita da connettivo in cui si trovavano qua e là dei cordoni di tubuli ghiandolari compressi con epitelio cilindrico solo in parte conservato. Molti capillari sanguigni dilatati, la superficie interna della cisti spoglia di epitelio.

Oltre a queste osservazioni di maggior rilievo, non ne esistono altre che abbiano molto interesse sotto il punto di vista della struttura delle glandole vulvo-vaginali cistiche.

A torto da qualche osservatore si sono citate sul riguardo le ricerche del Werth (2), del Lagrange (3) e del Koppe (4).

Il Werth (loco citato), asportando ad una ragazza un tumore della grandezza di una ciliegia, situato nel solco interlabiale tra il terzo medio e il terzo superiore del piccolo labbro, lo trovò costituito da una sacca cistica dalla cui superficie interna si staccava con un sottile peduncolo un'escrescenza rotondeggiante della grossezza di due piselli con superficie di apparenza ghiandolare. Questo tumoretto presentava al microscopio uno stroma connettivo dendriticamente diviso, con otricoli ghiandolari strettamente addossati, rivestiti da epitelio cilindrico, alto, con nuclei a palizzata. Lo stroma era esternamente ricoperto da uno strato semplice di cellule in continuazione con l'epitelio piatto della superficie interna della cisti: queste cellule mandavano qua e là delle vere gittate infossandosi come cordoni epiteliali nel connettivo sottostante. Per la sede e per la struttura caratteristica del tumore, Werth esclude che si tratti di una lesione della ghiandola di Bartholini; ammette invece che si sia sviluppato dapprima un piccolo adenoma solido e che poi uno spazio ghiandolare periferico si sia dilatato e abbia involto in modo cistico il resto del tumore.

---

(1) Kleinwaechter. « Ein Beitrag zur patholog. Anat. der Barthol. Drüsen. » *Zeitschrift f. Geburts. und Gynäk.*, vol. 32, H. 2, pag. 191.

(2) Werth. « Zur Anat. der Cysten der Vulva. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1878, N. 22, p. 512.

(3) Lagrange. « Nouvelle variété de kyste de la grande lèvre. » *Arch. de tocologie*, 1886, pag. 970.

(4) Koppe. « Zur Genese und klinisch. Deutung der Vulvarkysten. » *Centralbl. f, Gynäk.*, 1887, pag. 639.

Similmente non sono da riferirsi alla glandola vulvo-vaginale le due cisti del grande labbro attentamente studiate da Lagrange (loco citato), l'una delle quali dovrebbe interpretarsi come una cisti originatasi da un residuo del canale di Müller, l'altra come una cisti sviluppatasi da una glandola mucosa aberrante, in rapporto più o meno diretto con la glandola di Bartholini.

Neanche Koppe (loco cit.) riporta dei casi di alterazione delle glandole di Bartholini, ma parla di certe forme di cisti della regione vulvo-vaginale come aveva fatto pure Gottschalk (1) occupandosi dell'ematoma del legamento rotondo (2).

Allo studio microscopico della cisti si accompagna sempre l'esame del liquido in essa contenuto.

Questo liquido presenta caratteri diversi a seconda della evoluzione e delle modificazioni speciali che subisce la sacca cistica: la densità, il colorito, la natura sono variabili nei differenti casi; meno variabile è il reperto microscopico che fa rilevare nella maggioranza dei liquidi cistici corpicciuoli di grasso, qualche elemento epiteliale più o meno degenerato, globuli rossi e bianchi.

Queste differenze nella composizione del liquido sarebbero, secondo quasi tutti gli autori, anche in rapporto colla sede di sviluppo della cisti medesima: nelle cisti del dotto escretore il contenuto avrebbe l'aspetto di una massa incolora, filante, untuosa; in quelle primitive degli acini sarebbe mucoso o sieroso o colloide, mai trasparente, di una tinta variabile dal giallastro al rosso bruno, quasi sempre ematico e con cristalli di colestearina. Si è voluto paragonare il liquido di queste cisti a quello delle cisti ovariche ammettendo con ciò un certo nesso tra queste affezioni del grande labbro e le lesioni proprie dell'ovaio (Doléris); tale nesso sarebbe anche evidente nei casi in cui alle cisti della glandola vulvo-vaginale si accompagnano numerose cisti in altre parti del corpo e specialmente della regione cervicale.

Da quanto abbiamo rapidamente accennato si vede adunque come

---

(1) Gottschalk. « Haematoma ligamenti rotundi uteri. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1887, N. 21.

(2) Recentemente Grisolia (« Ricerche istologiche sopra una ciste sierosa del gran labbro ed istogenia delle cisti di questa regione vulvare. » *Arch. ital. di Ginecol.*, N. 1, Febbraio. Napoli, 1898) ha riportato un caso di cisti del grande labbro, molto vicino a quello del Werth, e da lui interpretato come un cisto-adenoma originatosi dal dotto escretore di una o più glandole sudoripare.

le osservazioni sulla struttura fina delle cisti della ghiandola di Bartholini non siano molto numerose e come le conoscenze che si hanno sul riguardo si debbano soltanto a quei pochissimi casi che sopra sono stati riferiti.

È perciò che avendo avuto l'occasione di studiare nei primi mesi di quest'anno due cisti della glandola vulvo-vaginale, non credo sia del tutto inutile portare un contributo all'anatomia patologica di questa forma morbosa, molto più essendomi possibile aggiungere anche l'esame completo di altre due cisti della stessa glandola asportate in Clinica qualche anno fa.

Esporrò dapprima brevemente pochi dati generali sui quattro casi a cui mi riferisco (1).

1.° N. N., anni 56, nullipara, nella menopausa da due anni. Due mesi dopo la cessazione dei mestrui (due anni fa) ricorse al ginecologo per disturbi nella minzione, dovuti ad un piccolo polipo uretrale, che venne asportato col coltellino galvanico.

Nel Dicembre del 1897 si ripresentò al medico perchè da qualche mese aveva avvertito lo sviluppo di una tumescenza in corrispondenza dei genitali esterni che le dava noia e molestia, specialmente nel sedere e nel camminare e che di tanto in tanto era pur sede di qualche fitta. Esaminata, si rilevò una tumescenza della grandezza di una noce circa che occupava la metà inferiore destra della vulva, sporgente alquanto entro la vulva stessa e nella parte inferiore della vagina, proeminente altresì verso la regione perineale. Mentre alla sua parte interna questa tumescenza presentava un'oscura fluttuazione, essa mandava all'esterno una propaggine nodosa, molto dura, indolente, che spingevasi fin quasi a contatto della tuberosità ischiatica, pochissimo mobile, e che sembrava già fusa in parte coi tessuti circostanti. La mancanza completa di fatti infiammatori e di precedenti che loro dessero origine, l'esclusione assoluta di ogni infezione neisseriana portavano a credere che detta tumefazione fosse di natura neoplastica e mentre la parte oscuramente fluttuante faceva pensare ad una cisti, la parte postero-inferiore così dura lasciava sorgere il dubbio che potesse eventualmente trattarsi di una neoplasia maligna. Si prese perciò la decisione di esportare, e quanto più largamente fosse possibile, la ghiandola.

L'atto operativo permise l'enucleazione completa del tumore, senza lederne le pareti e l'inferma guarì rapidamente.

---

(1) Il primo di questi casi appartiene alla pratica privata del prof. Mangiagalli.

2.° N. 379 di ced. — B. Teresa, di anni 32, maritata, contadina. Bronchite e catarro gastrico antecedenti. Mestruò regolarmente a 15 anni; le successive mestruazioni sempre normali fino all'epoca del matrimonio, dal matrimonio in poi irregolari con periodi amenorroici della durata anche di 6 mesi. Cinque gravidanze, quattro delle quali decorse normalmente con parti a termine di feti vivi e sani, la quinta gemellare interrotta abortivamente al 4.° mese. Dodici anni fa, la donna, senza causa apprezzabile, si accorse della presenza di un nodulo al grande labbro di sinistra, nodulo che andò progressivamente crescendo fino ad assumere il volume di un uovo di gallina. Inciso allora dal medico curante ne venne fuori un liquido siero-purulento e la tumescenza scomparve del tutto. L'inferma non aveva mai avvertito febbre nè altri disturbi generali. Dopo dodici anni la tumefazione ricomparve e questa volta, al dire dell'inferma, in seguito all'abuso del coito; da due mesi in qua il nodulo andò lentamente crescendo sino ad arrecarle molestia nella posizione eretta e ad impedirle di star seduta; non vi fu mai febbre nè fatti infiammatorî locali. La paziente esclude qualsiasi infezione specifica tanto da parte sua quanto da parte del marito.

All'esame generale dell'ammalata nulla di notevole relativamente ai diversi apparecchi. Nelle urine traccie di albumina. Negativo il resto dell'esame clinico e il reperto microscopico.

Addome trattabile e indolente con segni di pluriparità. In corrispondenza dei genitali esterni si osserva che la rima vulvare è deviata obliquamente verso il lato destro per una spiccata sporgenza che presenta il gran labbro sinistro, il quale è notevolmente ingrossato nei suoi 2[3 inferiori formando una salienza del volume di un uovo di gallina. La cute che riveste la parte ingrossata non presenta nè edema nè rossore. Divaricando le grandi labbra l'ostio vulvare si presenta con caratteri di pluriparità. Negativo l'esame dell'uretra. La mucosa del vestibolo ha colorito normale, come pure quella delle piccole labbra e dell'ingresso vaginale. Non si osserva la macula del Sänger agli orifici di sbocco dei due condotti bartholiniani. Spostando il grande labbro sinistro fa sporgenza verso il suo lato interno una tumescenza coperta da mucosa lievemente iperemica. Colla palpazione si avverte che l'ingrossamento del grande labbro è dato da una tumescenza ovoidea del volume di un uovo di gallina, elastica, fluttuante nei suoi 2[3 superiori, dura ed alquanto irregolare nel suo terzo inferiore. Detta tumescenza è solo leggermente dolente, sembra far parte continua coi tessuti del grande labbro, non si modifica sotto gli sforzi del tossire e può essere avvertita come isolabile dalle pareti pelviche. Non si riesce a sondare l'orificio esterno del condotto della ghiandola di Bartholini corrispondente allo stesso lato. La vagina non offre nulla di speciale. L'utero è di volume normale in normale antiversione e antiflessione. Negativo l'esame degli annessi.

Si fa diagnosi di *cisti della ghiandola vulvo-vaginale sinistra* e la si asporta. Incisa la mucosa della faccia interna del grande labbro sinistro, mentre si tiene tesa e sporgente stirando in fuori il tumoretto, si disseca il tegumento all'interno e all'esterno col bistorì e colle forbici. La cisti è quasi completamente isolata, quando nel liberare il gavocciolo più consistente che si spinge più profondamente all'indietro e all'esterno, viene lacerato e ne esce del liquido denso, di colore giallognolo, inodoro. Escisa anche l'appendice profonda si applicano alcune allacciature sui ramuscoli arteriosi che dànno sangue in copia, quindi con catgut Goegg, incominciando dall'alto, si applica in modo continuo una sutura profonda e giunti all'angolo inferiore della breccia, col medesimo filo si procede alla sutura continua dei margini cutanei. La donna esce guarita in 17.ª giornata.

3.° N. 2788 di ced. — G. Maddalena, di anni 32, maritata, contadina. Nessuna malattia pregressa. Mestruò a 14 anni; mestruazioni successive sempre normali. Sei gravidanze, di cui la 5.ª interrotta abortivamente al 3.° mese; tutte le altre a termine e normali. Cinque allattamenti. La donna, cinque anni prima di entrare in Clinica, si accorse della presenza di un tumoretto del volume di una nocciuola nel grande labbro destro; al dire dell'inferma questa tumescenza comparve dopo un parto e non le arrecò mai disturbi di sorta. Lentamente il tumore andò aumentando di volume fino a raggiungere la grossezza di un uovo di gallina. Negli ultimi tempi l'ammalata cominciò a lagnarsi di perdite leucorroiche dai genitali, per le quali fu consigliata dal proprio medico a ricorrere nella nostra Clinica.

Nulla di notevole all'esame generale, tranne un leggiero grado di enfisema polmonare. Il grande labbro destro appare aumentato di volume nella sua parte inferiore raggiungendo la grossezza di un uovo di gallina, la cute è tesa e di aspetto normale. La pelle scorre sulla superficie del tumore, il quale non aumenta sotto i colpi di tosse nè si riduce con la pressione. Il tumore, leggermente dolente, è liscio, elastico, fluttuante, isolabile posteriormente massime in alto; lo è meno in basso per la presenza di una piccola porzione alquanto irregolare e consistente che si approfonda nei tessuti. Vagina in condizioni normali. Utero mobile, di volume e consistenza normali, in antiversione e antiflessione fisiologica, indolente. Nulla in corrispondenza degli annessi. Collo speculum si osserva gemere dall'orificio uterino liquido muco-purulento. La sonda entra facilmente in cavità destando lieve dolore allorchè tocca il fondo.

Cisti della ghiandola vulvo-vaginale destra. Endometrite. Raschiamento dell'utero e asportazione della cisti. Si raschia la cavità uterina. Poscia s'incide longitudinalmente la faccia interna del grande labbro al di sopra della tumescenza cistica. Si distacca la cute e colle forbici

si isola la cisti fino alla sua parte posteriore e inferiore. In tali maneggi la piccola sacca si rompe e ne esce un liquido che subito si mescola col sangue della superficie cruentata. Si isola quindi l'appendice posteriore e si asporta completamente il tumore. La ferita geme sangue ed è profonda. Sutura a punti staccati dall'alto al basso e zaffo della cavità con garza jodoformica. L'inferma esce guarita.

4.° N. 1618 di ced. — B. Celestina, di anni 42, maritata, ortolana. È stata sempre anemica e ha sofferto di disturbi gastro-enterici e di influenza poco prima dell'attuale malattia. Mestruò a 13 anni; le mestruazioni susseguenti scarse, di breve durata, con frequenti sospensioni di 2-3 mesi. Quattro gravidanze normali con parti a termine; l'ultima a 30 anni.

Tre anni prima del suo ingresso in Clinica la paziente ricorse al medico per una tumefazione del grande labbro destro coi caratteri di un focolaio ascessuale. Questa tumescenza, dopo 3 anni, è ricomparsa; essa è indolente, della forma e della grossezza di un uovo di piccione, arreca molestia alla donna, che è obbligata a riparare in Clinica. All'esame generale l'ammalata si presenta anemica; nulla di notevole dal lato dei visceri; urine con traccie di albumina. In corrispondenza della parte bassa del grande labbro destro si osserva una tumescenza rotondeggiante del volume di un uovo di piccione, coperta da cute di aspetto normale. Questa tumescenza ha superficie liscia, regolare; è elastica, fluttuante, indolente alla palpazione, si isola bene dai tessuti profondi e su di essa la cute scorre facilmente. Niente altro di speciale nei genitali esterni. Utero e annessi normali. Nessuna traccia di infezione blenorragica.

Cisti della ghiandola vulvo-vaginale destra. Asportazione. Incisione longitudinale sulla faccia interna del grande labbro destro, tenuto fortemente disteso. Facile isolamento della cisti e sua asportazione in totalità senza lederne la parete. Sutura della superficie cruentata dalla quale geme poco sangue. Guarigione completa.

Venendo ora all'esame delle cisti asportate è bene far precedere al reperto microscopico la descrizione esterna delle cisti medesime, esistendo, come vedremo in seguito, un nesso intimo tra i particolari che le due osservazioni, fina e macroscopica, ci offrono.

Per l'esame microscopico ho indurito i varî pezzi della cisti con diversi mezzi (sublimato corrosivo con cloruro di sodio [a tutta o a mezza concentrazione], alcool, bicromato di potassa, bicromato di potassa e acido osmico) e li ho colorati sia in tagli isolati come in toto, preferendo quest'ultimo metodo per la maggior parte dei pezzi che ri-

chiedevano sezioni in serie. Fra i liquidi coloranti ho dato la preferenza all'ematossilina (Delafield, Bizzozero, acida), ai carmini, alla safranina. Ogni cisti è stata poi esaminata in quasi tutta la sua massa. Nelle prime due cisti si è anche praticato l'esame a fresco dell'epitelio di rivestimento, raschiando dolcemente qualche piccolo punto della superficie interna della sacca ed esaminando il prodotto del raschiamento (colorato o no colle comuni tinte nucleari), in una goccia di soluzione fisiologica.

1.° Caso. — Il tumore, asportato integro, è della grossezza di una noce e di forma piuttosto ovalare; si mostra nettamente fluttuante ed ha una superficie esterna qua e là leggermente ispessita. In nessun punto notasi la presenza di un canale o di un condotto qualsiasi. Aperto il tumore lo si trova costituito da un'unica cavità cistica che racchiude circa 7 cmc. di liquido. La parete della cisti è di vario spessore, quantunque essa sia prevalentemente sottile e molto resistente. La superficie interna è quasi dappertutto liscia, in un certo punto essa si solleva a guisa di una piccola piastra a contorni non ben definiti, con superficie scabra, arrossata, mentre il resto della parete interna è chiara, madreperlacea. Esaminando al microscopio la raschiatura di piccoli punti della superficie di rivestimento, la si trova costituita da un epitelio a grandi cellule, con protoplasma spesso finamente granuloso, con nucleo qualche volta in fasi degenerative; a questo epitelio si accompagnano gocciole di grasso, globuli rossi e molti leucociti. La parete esterna della cisti è consistente. Nel punto in cui essa riveste quel tratto di mucosa arrossata è molto spessa e forma come una specie di nodulo in intima connessione con l'epitelio sottostante.

Prima di passare all'esame delle sezioni, aggiungerò qui, meglio che in altro punto, poche parole sul liquido cistico scrupolosamente raccolto. Questo liquido è giallo-rossastro, fortemente torbido, molto denso, alcalino. Lasciato a sè non coagula, ma si dispone in due strati di cui il primo, superficiale, è limpido, giallastro e perfettamente liquido; il secondo, di sedimento, è denso e rossastro. L'esame chimico fa rilevare una notevole quantità di albumina, assenza di zucchero e tracce appena sensibili di acetone. Non si possono praticare altre ricerche, come quella del peso specifico, della paralbumina, dei peptoni, ecc. data la scarsa quantità del liquido. Al microscopio si nota una grande quantità di globuli rossi e bianchi, i primi quasi tutti ben

conservati; notansi altresì goccioline di grasso, qualche elemento epiteliale, nessun cristallo di colestearina. Allo spettroscopio di Abbe si rilevano i comuni caratteri della ossiemoglobina.

Le sezioni della cisti, praticate nei punti in cui essa è sottile, lasciano vedere uno strato interno costituito da un epitelio cilindrico qua e là lievemente sfaldato, quasi dappertutto semplice, tranne nella zona più vicina al nodulo parietale in cui esso evidentemente è disposto a due file. Le cellule sono caliciformi con nuclei basali ben conservati e con protoplasma variamente granuloso: qualcuna di esse si mostra anche ripiena di secreto. Nei punti in cui l'epitelio è stratificato la serie delle cellule sottostanti è meno alta con qualche rarissima figura cariocinetica. Immediatamente al di sotto della mucosa notasi un tenue connettivo di sostegno con cellule rade a cui segue un connettivo fibroso elastico, molto spesso, nel quale decorrono dei vasi sanguigni di piccolo calibro. Più all'esterno il connettivo, prevalentemente elastico, si fa più lasso e racchiude moltissimi vasi decorrenti in tutti i sensi, parecchi dei quali abbastanza voluminosi. In questo strato periferico si notano pure dei fasci di fibre muscolari lisce e qualche fibra muscolare striata. In tutto lo spessore della parete cistica si ha notevole infiltramento di leucociti, oltre ad emorragie diffuse nei vari punti del connettivo, specialmente in vicinanza della mucosa.

Le sezioni del nodulo che fa corpo unico con la parete della cisti fanno vedere una notevole differenza di struttura nei vari punti del nodulo stesso. Mentre nella porzione superiore si ha un connettivo più o meno compatto, infarcito di globuli bianchi, con emorragie interstiziali, con notevole quantità di vasi sanguigni, nella porzione inferiore si osserva il residuo della ghiandola di Bartholini che ha preso parte alla formazione della cisti. Nelle sezioni in serie si vedono i tubuli secretorî della glandola e i dotti di eliminazione rivestiti da epitelio pressochè normale; qualche acino è dilatato e parecchi dotti sono completamente zaffati da un secreto denso; in questi punti le cellule epiteliali sono più granulose e hanno perduto in gran parte l'aspetto dei veri elementi caliciformi. Il connettivo interlobulare, più spesso e più denso, racchiude una discreta quantità di leucociti, specialmente nella zona che limita all'esterno la massa ghiandolare. Alla periferia i vasi sono aumentati di volume, ma senza note degenerative rilevabili. In tutti i tagli notasi il dotto escretore sezionato per traverso e che è

possibile seguire per un certo tratto del suo decorso: esso riceve qua e là i dotti collettori degli acini e in un certo punto, per mezzo di un canale lievemente dilatato e non molto lungo, comunica con la cisti precedentemente descritta. L'epitelio di questo tubulo che unisce la cisti al dotto escretore è cilindrico stratificato; lo stesso epitelio si nota nel tratto esterno del tubulo, in quel tratto cioè in cui esso, dilatandosi, si continua ampiamente con la cavità cistica. Da questo punto in poi l'epitelio digrada quasi rapidamente in modo da diventar semplice nel resto della sacca. Rarissimi tubuli ghiandolari trovansi pure in qualche tratto della sottile parete cistica e non mostrano delle alterazioni degne di rilievo.

2.° Caso. — Il tumore asportato, della grossezza di una piccola noce, è privo del suo contenuto e floscio. La superficie esterna non presenta nulla di notevole. L'interna invece è per un buon tratto rivestita da uno strato quasi fibrinoso, compatto, che difficilmente può staccarsi dal fondo su cui poggia; si può riconoscere tuttavia nello strato sottostante una superficie irregolare per piccole sporgenze che si sollevano da varî punti della sacca cistica. La parete è discretamente spessa dappertutto, in un punto soltanto si avverte come un piccolo nodo molliccio che, sezionato per metà, è di aspetto giallastro e lobato. Raschiando in qualche tratto la superficie interna della cisti, il prodotto del raschiamento mostrasi al miscroscopio costituito da cellule quasi tutte cilindriche, poche delle quali anche caliciformi con nucleo ben distinto alla loro base; notasi pure un gran numero di globuli rossi ben conservati e pochi globuli bianchi. Assenza di speciali cristalli e di grasso.

All'esame microscopico la parete della cisti è costituita da un epitelio pluristratificato a cellule superficiali cilindriche; nessuna alterazione manifesta del loro nucleo e del loro protoplasma. Qualche leucocita attraversa questo epitelio. Il tessuto sottostante è dato da un connettivo fibroso elastico, compatto, con vasi di piccolo calibro e molti leucociti, specialmente là dove il connettivo stesso limita con l'epitelio. Più all'esterno questo tessuto si fa alquanto lasso e i vasi che vi decorrono sono più voluminosi, qualcuno dei quali anche obliterato.

Le sezioni del nodulo appartenente alla cisti fanno vedere qua e là dei residui della ghiandola vulvo-vaginale raccolti in lobuli, i di cui dotti collettori sboccano nella cavità cistica. L'epitelio di questi dotti

non presenta alterazioni degne di nota: esso si continua con quello della cisti aumentando gradatamente i suoi strati verso il punto di sbocco. I tagli in serie fanno vedere un gran numero di questi tubuli che si gettano nella cavità cistica, qualcuno di essi è anche di calibro considerevole; quasi tutti si presentano lievemente stenotici nel punto in cui s'immettono nella cisti. Non si è rinvenuta affatto alcuna traccia del dotto escretore. Gli acini ghiandolari sono in parte normali, in parte più o meno profondamente alterati. I normali non hanno nulla di caratteristico, tranne un numero maggiore di granulazioni protoplasmatiche, gli altri invece presentano delle lesioni che dalle semplici alterazioni nucleari più comuni vanno fino alla completa scomparsa dell'epitelio, così da assistere in qualche punto alla formazione di piccole cavità cistiche per distruzione dei tubuli primitivi e per rottura dei setti interacinosi. Parecchie di queste cavità contengono ancora un piccolo residuo trabecolare dello scheletro connettivale. Attorno ad ogni lobulo glandolare notasi una grande quantità di leucociti che spesso circondano il lobulo stesso a guisa di capsula. I vasi della glandola sono aumentati di numero e di volume. Nessuna lesione manifesta della loro parete.

3.° Caso. — La massa asportata è della grossezza di un piccolo uovo di gallina. Ha superficie esterna irregolare mentre all'interno mostrasi uniformemente liscia. La parete è in quasi tutti i punti molto sottile ma resistente; in un solo tratto dell'estensione di circa 1 cm. si vede e si palpa un nodulo spesso, duro, che fa corpo unico con la cisti.

All'esame microscopico la parte interna della cisti è dappertutto costituita da un epitelio cilindrico stratificato, a superficie regolare tranne in qualche punto in cui esso si solleva a guisa di piccole papille senza perdere tuttavia i caratteri primitivi e senza assumere dei rapporti speciali col connettivo sottostante. Il connettivo su cui poggia questo epitelio è fibroso elastico, compatto, con pochissimi vasi sanguigni, mentre all'esterno è più rado e con vasi di calibro considerevole. Assenza di leucociti.

Il nodulo è rappresentato in quasi totalità dalla ghiandola di Bartholini che assume completi rapporti con la cisti. I tagli del nodulo, fatti in modo che da un lato si abbia sempre la cavità cistica e dall'altro il nodulo stesso, fanno vedere dall'interno all'esterno l'epitelio della cisti coi caratteri già descritti a cui segue un sottilissimo strato

di connettivo fibroso con pochi leucociti e immediatamente dopo di esso un gran numero di lobuli ghiandolari aventi la disposizione già conosciuta della ghiandola di Bartholini; ancora più esternamente si ha uno strato di connettivo dato dal tessuto periglandolare coi suoi vasi ben conservati, ma un po' aumentati di volume. In qualche punto l'epitelio della cisti poggia direttamente su qualche acino comprimendolo più o meno fortemente, compressione che del resto appare manifesta su tutto il resto della glandola. Non si vede traccia del dotto escretore. Nella cavità cistica sboccano vari dotti collettori di cui alcuno abbastanza rilevante. La glandola presenta qua e là qualche piccola zona in preda a degenerazione cistica. Si vedono dei punti in cui i tubuli ghiandolari si son fusi assieme formando una cavità unica (e ciò esaminando una lunga serie di forme di passaggio): l'epitelio dapprima si rigonfia e si sfalda, le trabecole connettivali che rimangono a poco a poco scompaiono e la cavità cistica comincia a individualizzarsi. Nel resto della glandola nessuna degenerazione protoplasmatica e nucleare. Quasi tutti i lumi glandolari, specialmente i più grossi, son ripieni di secreto. Assenza d'infiltrazione leucocitaria.

4.° Caso. — Il tumore è della grossezza di una piccola noce, integro. Aperto ne viene fuori un liquido non molto denso, di color rossigno che non venne esaminato nè microscopicamente nè chimicamente. La superficie esterna della cisti presenta dei bitorzoli, l'interna è liscia tranne in un solo punto della circonferenza di 1|2 cm. circa in cui è lievemente irregolare. Notansi delle infossature a dito di guanto, due delle quali molto pronunciate. Parete consistente, di vario spessore; assenza di noduli parietali, tranne in qualche tratto dove notasi un ispessimento maggiore che nel resto della cisti.

L'esame microscopico praticato in quasi tutta l'estensione della sacca fa vedere una lamina di tessuto la cui parete interna è data da un epitelio ben conservato, cilindrico, a due strati, di cui il superficiale composto di cellule simili a quelle che tappezzano i tubuli secretori con protoplasma leggermente granuloso e con nucleo alla base; l'altra serie di cellule è anch'essa ben conservata e di forma tendente alla cubica. In qualche punto l'epitelio è anche cilindrico semplice e qua e là esso si introflette formando come dei cul di sacco. Al di sotto di questo epitelio sta uno strato connettivale fibro-elastico molto fitto con piccoli vasi, con notevole infiltrazione di leucociti e che diventa più

lasso andando verso l'esterno. In un punto soltanto fu possibile vedere un residuo della glandola di Bartholini. Contro la mucosa della cisti e separati da questa per l'infiltrazione dei leucociti, stavano irregolarmente sparsi pochi dotti ghiandolari, alcuni rotondeggianti, altri schiacciati, tutti ripieni di secreto in essi raccolto e con epitelio in degenerazione mucosa appena apprezzabile. Non si rinvenne la presenza del dotto escretore.

Dalla rapida descrizione della struttura fina delle cisti asportate si rileva facilmente come esse non appartengano tutte allo stesso tipo e come la loro origine sia stata varia nei singoli casi.

Le conoscenze microscopiche sulla glandola di Bartholini normale, oggi complete per le ricerche di Huguier (1), Guérin (2), Langerhans (3), Wassilieff (4), de Sinéty (5), Kuljabko (6), V. Müller (7), ecc., ci servono di guida nella interpretazione dei fatti già riferiti.

La prima delle cisti descritte si è indubbiamente sviluppata da un tubulo o da un gruppo di tubuli ghiandolari, senza che il dotto escretore abbia partecipato al processo degenerativo. Esso difatti è rimasto integro e comunica con la cisti per mezzo di quel dotto che si è dilatato; l'epitelio che riveste la sacca è semplice e cogli stessi caratteri di quello che tappezza i tubuli ghiandolari; il resto della ghiandola non si presenta per nulla modificato.

La seconda cisti appartiene invece al dotto escretore e deve considerarsi come un tumore liquido da semplice ritenzione del secreto: il riscontrare infatti una cavità rivestita da epitelio pluristratificato simile a quello del dotto escretore e in cui sboccano i tubuli della

---

(1) Huguier. « Mémoire sur les appar. sécrét. des organ. génit. ext. chez la femme et chez les anim. » *Ann. des sciences natur.*, 3e série. Zool. T. 13, 1849.

(2) Guérin. « Maladies des organes génitaux exter. de la femme. » Pag. 266.

(3) Langerhans. « Ueber die accessorischen Drüsen der Geschlechtsorgane. » *Virchow's Archiv*, 1874, B. 61, pag. 208.

(4) Wassilieff. « Ueber die histologischen Bau der in den äusseren Urogenitalorgane des Mensch. und der Thiere vorkomm. Drüsen. » Arbeit. aus dem Laborat. der med. Fac. der Univ. in Warschau. H. VI, 1880.

(5) de Sinéty. « Histologie de la glande vulvo-vaginale. » Comptes rendu de séances et mémoires lus à la Société de biologie. Paris, 1880 (Séance du 31 Juillet).

(6) Kuljabko. « Ueber den Bau der Bartholini'schen Drüsen. » Arbeit. der St. Petersburg. Naturfortsch. Sect. für Zool. und Physiol., Bd. 20, H. 1, 1889.

(7) V. Mueller. « Ueber die Entwickel. und feinere Anat. der Barth. und Cowper'schen Drüsen des Menschen. » *Archiv für Mikrosck. Anat.*, 1892, pag. 33.

ghiandola conservata in quasi totalità parla appunto a favore di questa diagnosi anatomica.

Anche la terza cisti è del dotto escretore e presenta presso a poco i caratteri microscopici della precedente.

La quarta ha preso origine dagli acini ghiandolari: anche in questo caso l'epitelio della cisti è semplice o a due soli strati, e quasi tutta la ghiandola è distrutta, tranne pochi tubuli che sono rimasti più o meno conservati.

Tutte e quattro le cisti non sono in rapporto con fatti infiammatori locali nè con infezioni specifiche.

Non sarà fuor di luogo aggiungere qualche parola ai risultati a cui siamo pervenuti con l'esame microscopico di questi casi. E prima di tutto conviene notare come la semplice osservazione esteriore, grossolana della cisti non può darci sempre un esatto concetto sulla sede di sviluppo della sacca neoformata. La forma, la grandezza, la superficie della cisti che sono state quasi generalmente invocate a tale riguardo, nei nostri quattro casi non hanno corrisposto alla struttura fina del tumore; le quattro cisti sono state semplici, uniloculari, senza setti nella loro cavità e quasi dappertutto, dove la parete era sottile, hanno presentato gli stessi caratteri microscopici, quantunque due di esse fossero indubbiamente primitive della glandola. Anche nel quarto caso in cui esistevano delle piccole estroflessioni della parete cistica, la cavità della sacca era unica e non mostrava alcun sepimento.

L'esame microscopico invece ci illumina abbastanza in tale ricerca, qualora però esso venga praticato su quasi tutta la cisti e non si limiti a dei punti circoscritti della sola parete, nel quale caso, se si avranno dei particolari di struttura relativamente alla sacca, non sempre si potranno rilevare altri dati che ce ne spieghino l'origine.

L'esame del nodulo che abbiamo riscontrato in tre delle nostre cisti potrebbe avere qualche interesse sotto questo punto di vista. Nei nostri casi esso era dato dalla ghiandola di Bartholini o da un suo residuo e tale reperto non dovrebbe essere infrequente se si esaminassero in totalità tutti i tumori di questo genere, specialmente quelli in cui il nodulo è appena accennato. In uno dei casi del Recklinghausen (1) il residuo della glandola vulvo-vaginale riscon-

(1) Recklinghausen, loco cit.

travasi appunto in un nodulo che faceva corpo unico con la parete della cisti.

La mancanza di questo corpicciuolo, quando il tumore è stato asportato completamente, potrebbe indurci a delle considerazioni di altra indole: nel caso 4.° sopra riportato (cisti primitiva della glandola con distruzione secondaria dell'organo) il nodulo non esisteva e l'esame completo della cisti non fece rilevare traccia di glandola, eccetto pochissimi tubuli aderenti alla parete e più o meno compressi.

I rapporti che questo nodulo assume con la cavità cistica ce ne spiegano l'origine. Abbiamo visto infatti come i tagli in serie del bitorzolo aderente alla parete ci permettano di seguire il cammino dei dotti collettori spesso fino al loro punto di sbocco, la disposizione e le eventuali alterazioni degli acini ghiandolari, il dotto escretore e qualche volta il nesso che esiste tra residuo di glandola e cisti.

La presenza di questo nodulo potrebbe anche avere qualche valore dal punto di vista clinico, sia diagnostico che curativo.

Abbiamo visto nel caso 1.° come la presenza di tale corpicciuolo duro, indolente, spinto verso la tuberosità ischiatica, fuso coi tessuti circostanti, abbia fatto sorgere nella mente del clinico esperto il dubbio di una neoplasia maligna primitiva il che, del resto, quantunque raro, non sarebbe un fatto assolutamente nuovo, come si può rilevare dai casi di adenoma e carcinoma primitivo della ghiandola di Bartholini riportati da Geist (1), Coen (2), Wolff (3), Mackenrodt (4), Schweizer (5).

Dal punto di vista curativo, nei casi in cui la glandola ha una speciale tendenza alla degenerazione cistica, si comprende come sia necessario asportare ogni residuo di essa, e quindi il nodulo che soventi volte la contiene per evitare una possibile recidiva.

A parte queste poche considerazioni relative alla presenza e al significato degli eventuali noduli parietali, la struttura delle cisti non è sempre identica in tutti i casi che si prendono in esame. L'epitelio che ne riveste la cavità può andare dal semplice al pluristratificato e

---

(1) Geist. « Ueber ein Carcinom der Bartholini'schen Drüse. » Halle, 1887.

(2) Coen. « Adenom der Bartholini'schen Drüse. » *Centralbl. f. Gyn.*, N. 39, 1890.

(3) Wolff. « Adenocarcinoma glandulae Barthol. » *J. f. Geb. u. Fr.*, 1890.

(4) Mackenrodt. « Ein Fall von Carcinoma gland. Barthol. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, N. 4.

(5) Schweizer. « Carcinoma gland. Barth. » *Centralbl. f. Gyn.*, Bd. 44, H. 2.

ciò in rapporto con la sede di sviluppo delle cisti medesime, quando però nessun altro fatto neoformativo si addiziona a quello già preesistente. Nelle nostre cisti del dotto escretore (da semplice ritenzione) l'epitelio mostrava più strati di cellule, in quelle primitive degli acini si ebbe sempre un epitelio semplice o a due file.

Non in tutti i casi le cellule epiteliali che tappezzano la sacca si mostrano più o meno profondamente lese: nelle cisti da me esaminate, tranne qualche lieve aumento nelle granulazioni del protoplasma e qualche piccola modificazione nella rete cromatica del nucleo, non potei osservare null'altro di speciale. Così pure non mi fu possibile riscontrare la degenerazione colloide di queste cellule, descritta da Bonnet e Petit (1), nè le papille epiteliali osservate da Recklinghausen (2), tranne nella terza cisti in cui queste papille erano appena accennate.

Il connettivo che costituisce l'impalcatura delle cisti ha sempre gli stessi caratteri: in esso si possono benissimo distinguere due strati, l'interno, a contatto con l'epitelio, fibroso, elastico, compatto, con pochi e piccoli vasi sanguigni, l'esterno, più lasso e in certi punti addirittura smagliato, con vasi di grosso calibro e con qualche fibra muscolare liscia. La vascolarizzazione di questo connettivo è molto ricca, i vasi, specialmente gli esterni, sono con una relativa frequenza iperplastici nella tunica media e certe volte perfino obliterati; le zone emorragiche che si osservano tra le maglie del connettivo non sono un reperto costante, come pure non è costante la presenza dei leucociti più numerosi al di sotto dell'epitelio e che stanno in diretto rapporto colla sede, col modo di sviluppo, coll'andamento della cisti medesima.

Nei miei casi non trovasi alcun accenno ai cumuli adenoidi connettivali descritti dal Recklinghausen (3) immediatamente al di sotto dell'epitelio. La mixadenite e la mixangioite ammesse da questo autore come causa della cisti primitiva della glandola in base ad una sola osservazione, non credo possa invocarsi in tutti i casi dello stesso genere, massime quando si tratta di cisti semplicemente tali senza alcuna tendenza a processi neoformativi di altra natura. Nei miei pre-

---

(1) Bonnet e Petit, loco cit.

(2) Recklinghausen, loco cit.

(3) Recklinghausen, loco cit.

parati e specialmente in quelli del 1.° e 4.° caso non esiste traccia di questa speciale alterazione.

Quanto alle nostre cisti in genere, quelle primitive del dotto escretore son rimaste a lungo tali senza poter notare dilatazione cistica in tutta la ghiandola, così da costituire dei veri tumori arborescenti; la ritenzione del secreto in questi casi ha dilatato sempre più il dotto escretore e soltanto un piccolo numero di acini sono divenuti lentamente cistici, senza assumere però un grande volume.

Le cisti primitive della glandola sono state semplici, e in questi casi le lesioni dei tubuli, specialmente dell'epitelio, sono state più apprezzabili che non in quelle da semplice ritenzione. Si è visto pure come certi acini glandolari abbiano, senza alcuna causa apprezzabile, una vera tendenza alla degenerazione cistica, formando delle cavità ectasiche, circondate da altri acini perfettamente integri, distanti dalla prima cisti di cui non risentono alcun effetto e ciò pur essendo pervio il loro dotto di eliminazione e normale il dotto escretore. Probabilmente in rapporto con la parte attiva che prendono gli elementi della glandola alla formazione della cisti sta l'accrescimento rapido che si è notato nel caso 1.°, così da dar luogo in meno di due mesi ad un tumore cistico di volume relativamente considerevole.

In quanto all'esame del liquido che ho potuto raccogliere dalla prima cisti non vi è nulla di speciale: esso presenta i caratteri dei liquidi cistici osservati in tutti i casi dello stesso genere ed ha le stesse proprietà descritte da S. Bonnet (1) nei liquidi delle cisti primitive della glandola.

---

(1) S. Bonnet, loco cit.

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE

Atti della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia

raccolti dal Segretario Dott. F. Saverio Rocchi, vol. IV, 1897.

Il volume che riunisce i lavori della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia nel 1897 si apre colla relazione del

Prof. O. Morisani. — **La cura chirurgica del prolasso dell'utero.**

Premesso che la denominazione *prolasso dell'utero* non risponde alla varietà degli spostamenti e delle lesioni che caratterizzano anatomicamente e clinicamente l'affezione, il prof. Morisani preferisce l'espressione già proposta da Trélat, *prolasso degli organi genitali.* L'A. ebbe già occasione di studiare sperimentalmente i fattori genetici del prolasso genitale e rapidamente richiama i risultati ottenuti; ricorda il prolasso acuto dell'utero anche in donne vergini, ma mette in rilievo come nella maggioranza dei casi il prolasso insorga in modo lento e graduale e si verifichi per lo più per insufficienza del pavimento vagino-perineale. Morisani ritiene che il più delle volte l'allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo segua alle trazioni operate dalla vagina distesa, pur essendovi però dei casi nei quali esiste tale allungamento senza cistocele, nè rettocele. Per rispetto alle indicazioni curative nel prolasso genitale distingue: *a)* il colpocele anteriore, quasi sempre accompagnato da cistocele; *b)* il colpocele posteriore, raramente complicato da rettocele; *c)* il prolasso della vagina con abbassamento dell'utero ed allungamento ipertrofico sopravaginale del collo; *d)* il prolasso della vagina e dell'utero senza allungamento ipertrofico del collo. Rilevata l'inefficacia dei pessarii e del massaggio quale cura dei prolassi e richiamati i non rari danni di siffatta terapia, l'A. ne deduce che per ottenere una cura efficace dei prolassi genitali è mestieri ricorrere alle risorse della ginecologia operativa. Le operazioni contro il prolasso dei genitali possono essere distinte in tre gruppi: al primo gruppo appartengono le operazioni che si praticano sulla vagina e sul pavimento pelvi-perineale, al secondo gruppo quelle che si praticano sull'utero e sui suoi legamenti, al terzo gruppo i metodi complessi che agiscono ad un tempo sull'utero e sulla vagina.

Fra i metodi operativi che agiscono sulla vagina l'A. dà la preferenza al processo operativo di Simon, modificato da Hegar e Kaltenbach, e di tale atto operativo espone i dettagli tecnici che valgono a renderlo più efficace. Ma la semplice colporrafia anche in casi di colpocele poco accentuato non riesce a vincere stabilmente il male se non è associata alla perineo-colporrafia. Non ritiene invece sia destinata ad un grande avvenire la così detta *istero-cisto-ventropessia* di Kiriac. L'efficacia della colporrafia anteriore associata alla colpoperineorrafia è provata dalle

statistiche. Il Dorf nella Clinica di Hegar notò i risultati tardivi in 136 operate; di queste potè avere notizie solo di 63, in 55 delle quali la guarigione durava completa ancora dopo 10 anni e 9 avevano partorito senza ulteriore rottura del perineo, nè recidiva del prolasso. Cohn in 74 operate trovò dopo molto tempo guarigione perfetta in 46. La colporrafia mediana non è operazione che debba essere esclusa dalla cura chirurgica dei prolassi, ma accanto ai pochi vantaggi che offre, presenta molti inconvenienti e perciò deve essere riservata alle donne che hanno superato l'età critica ed in genere deve essere posposta alla colpoperineorrafia. Accennati i molteplici processi proposti per restringere e rendere più saldo il canale vaginale, l'A. ricorda la *vagino-retto-fissazione diretta* di Fabbri, colla quale si ottiene il riattaccamento della vagina al retto con ripulsione in alto del cavo di Douglas.

Nel secondo gruppo di operazioni che agiscono sull'utero e sui suoi legamenti, l'A. rileva l'inefficacia dell'accorciamento dei legamenti rotondi, e della isteropessia addominale anteriore; questi atti operativi sono da considerare come un mezzo ausiliario delle plastiche vaginali e non danno buoni risultati se non alla condizione che siano a questi associati.

Di grande importanza per l'esito della cura operativa del prolasso è l'amputazione del collo uterino, quando esso presentasi allungato ed ipertrofico, sia nella porzione vaginale sia nella porzione sopravaginale. In questi ultimi casi l'A. crede più opportuna l'amputazione alta che non la semplice amputazione della portio. L'A. dichiarasi poco partigiano della isterectomia per prolasso; egli la vuole riservata alle donne in età ed ai casi nei quali sia bene stabilita la indicazione. In ogni modo la isterectomia riuscirà efficace soltanto quando sarà associata ad una plastica vaginale, e dei processi operativi ritiene preferibile quello delle allacciature a quello della forcipressura.

La trachelopessia ligamentare di Jacobs e l'operazione proposta da Baldy sono troppo recenti per poter esprimere un corretto giudizio sulla loro efficacia curativa.

Prof. E. Truzzi. — **Della vagino-strettura col processo Bellini-Freund-Flatau nella cura chirurgica del prolasso.**

Il Truzzi ebbe occasione di operare nel 1895 otto casi di prolasso col metodo Bellini-Freund, ma ne ebbe risultati poco incoraggianti, perchè tranne in un caso nel quale la guarigione fu duratura, negli altri il prolasso si riprodusse e precisamente si riprodusse completo in cinque e solo in grado un po' minore in due. La caduta dei fili metallici si iniziò in periodo breve dall'atto operativo da due settimane a cinque mesi, cadendo sempre per primo il punto imenale. Avrebbe perciò abbandonato definitivamente questo metodo di cura se le modificazioni introdotte da Flatau non lo avessero incoraggiato a ritentare la prova. Operò infatti due casi secondo le norme suggerite da Flatau, cioè evitando di serrare troppo le allacciature, e ricoprendo interamente ciascun filo anche in corrispondenza alle estremità attorcigliate, mediante piccoli lembi quadrilateri della mucosa vaginale dissecati e poi rimessi in luogo con punti di catgut. Nella seconda operata ricostituì il perineo con una plastica alla Lawson-Tait. Un anno dopo tale intervento non si era eliminato se non un solo filo in una delle operate ed il prolasso non si riprodusse al grado di prima; nell'altra la contenzione si è mantenuta pressochè perfetta.

Riunendo i casi suoi con quelli di Flatau, il Truzzi raccoglie 11 casi operati col metodo Freund-Bellini i quali furono seguiti da 1 guarigione persistente, da 2 guarigioni incomplete, da 8 recidive; e 7 casi operati colla modificazione di Flatau, i quali furono seguiti da 4 guarigioni persistenti, da 1 guarigione incompleta, da 1 recidiva.

Conclude perciò dicendo che applicando il metodo così modificato anche a casi di prolasso non molto grave e migliorando alcuni dettagli della tecnica, i risultati verosimilmente saranno migliori, pur dovendo restare questa operazione riservata ai casi nei quali non sia conveniente o possibile altra forma più completa di intervento operativo.

R. Vitanza. — **Sulla maturità e caduta periodica dell'ovulo nella donna e nei mammiferi durante la gravidanza.**

L'A. si è proposto di studiare l'argomento sia in base a ricerche cliniche e sia in base a ricerche sperimentali. Per le ricerche cliniche si basa principalmente sul modo di comportarsi della mestruazione, della gravidanza e del parto negli uteri doppi, i quali si comporterebbero rispetto alle loro funzioni in modo affatto indipendente l'uno dall'altro.

Per le ricerche sperimentali si valse dell'esame di ovaie raccolte da animali gravidi (vacca, troia, cagna, cavia, ecc.). Ricordati i caratteri pei quali si riconosce un follicolo ed un uovo maturante e maturo, fa osservare come dall'esame di tutte le ovaie raccolte da animali gravidi abbia constatato la maturazione dei follicoli di Graf, alcuni dei quali si presentavano maturi e pressochè vicini allo scoppio. Nelle ovaie esaminate durante la gravidanza e nell'epoca degli amori rinvenne quasi costantemente l'emorragia nella formazione del corpo luteo.

R. Vitanza. — **Ancora della totale estirpazione vaginale dell'utero e delle ovaie per carcinoma limitato al collo, con la mia modificazione.**

L'A. ha operato 32 casi di cancro limitato al collo colla isterectomia vaginale da lui modificata (esportazione preventiva del neoplasma — forcipressura della base dei legamenti larghi — legatura dall'alto in basso delle dipendenze uterine) e solo in 6 ebbe recidiva. Ebbe pure occasione di operare 4 casi di carcinoma del collo dell'utero gravido, praticando l'amputazione infravaginale dell'utero; la gravidanza non si interruppe e dopo un anno non vi è cenno di recidiva. Si domanda se stante queste guarigioni in casi di cancro limitato al collo si debba sempre preferire l'ablazione totale all'amputazione alta del collo.

R. Vitanza. — **Della superfetazione.**

L'A. si è proposto di studiare se è possibile la superfetazione nei casi di *uterus septus* e didelfo. Mette in rilievo il singolare modo di presentarsi della mestruazione negli uteri così conformati, nota come sia frequente in essi la gravidanza multipla e ricorda come il parto si sia osservato con intervalli da 4 a 6 mesi. In animali gravidi trovò nell'istesso utero (bicorne) fetini atti a vivere ed embrioni di pochi giorni.

Ritiene perciò provata la possibilità della superfetazione per tutto il tempo della gravidanza nell'utero biloculare e didelfo.

C. Marocco. — **Nuovo contributo sul pessario ad uovo, detto del Breisky, e procedimento semplice di rimozione nei casi d'incarceramento.**

L'A. ha applicato il pessario ad uovo di vulcanite in donne vecchie e in donne che avevano oltrepassato la menopausa, e lo ritiene indicato anche nei prolassi recenti d'origine puerperale: in quest'ultimo caso la permanenza del pessario deve essere di breve durata.

Nel caso che il pessario rimanesse sequestrato e richiedesse la rimozione, l'A. consiglia a tale intento la perforazione dell'uovo col termocauterio e il suo rammollimento col cloroformio introdotto per il foro così praticato.

F. Caruso. — **Contributo al trattamento operativo della metrite cronica della porzione vaginale.**

Rilevati gli inconvenienti che talora si osservano nelle amputazioni della porzione vaginale del collo colle operazioni di Simon-Marckwald e di Schröder, l'A. riferisce di avere in 9 casi con buon successo eseguita tale amputazione con metodo modificato. La vagino-cervico plastica da lui eseguita consiste nel taglio e successivo scollamento della vagina dalla portio, nell'amputazione di questa ed infine nell'affrontamento della mucosa vaginale colla cervicale. Descrive i principali dettagli del tecnicismo operatorio e nota come la modificazione da lui introdotta consiste nell'aver applicato il tecnicismo che si adopera nella amputazione sopravaginale del collo alla amputazione della porzione sottovaginale.

E. Pasquali. — **Varici della vescica causa di distocia.**

Nota l'A. come sia raro l'occorrere di ematuria durante la gravidanza e come la letteratura offra in proposito scarso materiale di studio. Nel caso occorso all'A. la donna pluripara, gravida all'8.° mese, era stata portata in Clinica in istato di anemia acutissima per grave emorragia avuta a casa, emorragia che aveva indotto erroneamente la levatrice a fare diagnosi di placenta previa. Si scorgeva nell'addome l'utero fortemente obliquato a sinistra mentre a destra sopra il pube si disegnava una tumescenza sferoidale data dalla vescica distesa da sangue. Da questa si estrassero colla lavatura circa 400 grammi di sangue raggrumato. Il modo di insorgere delle emorragie, i caratteri della parete vescicale rilevati coll'esame combinato autorizzavano il prof. Pasquali a ritenere che la provenienza dell'emorragia dovesse riporsi nella rottura di varici della vescica, sotto l'azione della pressione dell'utero gravido. Per tale concetto si procedette ben tosto alla provocazione del parto: compiuto il parto, l'emorragia cessò completamente. A questo proposito merita di essere ricordato che in un caso di ematuria vescicale in gravidanza, occorso nella Clinica di Pavia e pubblicato dal dott. Tridondani, si ottenne la guarigione colla provocazione dell'aborto.

E. Pasquali. — **Taglio cesareo.**

Il prof. Pasquali riferisce brevemente intorno a sette casi di taglio cesareo. Questo intervento fu tre volte richiesto per cancro dell'utero e della vagina e l'operazione fu fatta sempre nell'interesse del feto, essendo stato mestieri in tutti

e tre rinunciare alla isterectomia per la diffusione del neoplasma; in tutti e tre i casi il feto nacque vivo, mentre le madri più o meno sollecitamente morirono. In una donna osteomalacica eseguì il taglio cesareo col metodo di Sänger aggiungendovi la estirpazione delle ovaie: tanto la madre quanto il bambino furono salvi. Negli altri tre casi l'indicazione operatoria era data da grave angustia pelvica per rachitismo. Due di questi vennero operati col metodo di Sänger, i bambini furono salvi, ma entrambe le madri soccombettero a processi infettivi rapidi. Esse erano già state ripetutamente esaminate a domicilio da medici e da levatrici e con tutta probabilità erano già infette prima dell'atto operativo. Nel terzo caso eseguì il taglio cesareo colla amputazione utero-ovarica usando del processo pei miomi col trattamento retro-peritoneale del peduncolo. Tanto la madre quanto il bambino furono salvi.

G. Vicarelli. — **Presentazione di un nuovo craniotomo. — Craniotomo trivella.**

Il craniotomo proposto dal dott. Vicarelli è essenzialmente costruito come una comune trivella da falegname; è tutto in metallo lungo cm. 28 con massimo diametro di cm. 2, diritto, senza curvatura pelvica. Esperimentato ripetutamente sulla vivente e su cadaverini fetali diede ottimi risultati.

R. Vitanza e G. Di Bella. — **Su undici casi di « uterus septus » didelfi e su altre malformazioni degli organi genitali muliebri.**

Gli AA. presentano varie figure di *uterus septus* e didelfo e si intrattengono su alcune particolarità nella formazione di ematocolpo e di ematometra: insistono sulla importanza di incidere non solo il setto vaginale, ma anche quello uterino, massime in casi di blenorragia ribelle ad altre cure.

R. Vitanza. — **Rettificazioni storico-critiche intorno al parto forzato e al taglio cesareo in donna gravida agonizzante.**

L'A. richiama alcune sue precedenti pubblicazioni sul parto forzato in gravide agonizzanti, e ricorda come di 47 donne incinte, per tal ragione operate col parto forzato, 35 si riebbero permettendo la estrazione di ben 34 bambini vivi.

R. Vitanza. — **Laparo-isterectomie ed asportazioni di enormi miofibromi interstiziali dell'utero per la via della vagina.**

Riferisce l'A. due osservazioni riferentesi a laparo-isterectomie; la prima di queste fu solo esplorativa, la seconda presentò notevoli difficoltà tecniche e la donna soccombette di setticoemia. Accenna poi l'A. ad un enorme tumore interstiziale che operò con metodo vagino-addominale ed a due casi di fibromiomi operati per la via vaginale.

M. Pazzi. — **Rettificazioni storiche intorno alla così detta « posizione di Walcher. »**

Fin dal 1889 il Walcher metteva in rilievo i notevoli cambiamenti che si ottengono nella lunghezza della coniugata diagonale e della coniugata vera disponendo la donna nella posizione a coscie pendenti dalla sponda del letto; tale

allungamento è tanto più spiccato in gravidanza per il rammollimento e la mobilità delle sinfisi sacro-iliache. Il valore pratico di questa particolare posizione veniva in seguito confermato da ricerche sperimentali e cliniche di Klein, di Vehle, di Leopold, di Ahlfeld, di Fehling, di Küster, ecc. Anche l'A. ha praticamente più volte constatato come questa posizione, che oggidì corre col nome di « posizione di Walcher », sia nella pratica dei parti veramente commendevole. Senza volere affatto menomare l'importanza degli studii del Walcher, l'A. si studia di mettere in evidenza come questa posizione delle partorienti fosse già stata usata e consigliata da un ostetrico italiano. Riportando i relativi passi ed i fac-simile delle figure di Scipione Mercurio e di Melli, sostiene che la priorità di tale posizione non spetta a Mercurio, ma bensì al Melli e viene alle seguenti conclusioni:

1.° Che fu il Melli nella prima metà del secolo XVIII che immaginò e consigliò la posizione della partoriente a gambe pendenti dalla sponda del letto nel parto vizioso; quindi tale posizione deve dirsi del Melli e non del Walcher.

2.° Che spetta al Walcher il merito di avere mostrato il vantaggio pratico di questa posizione nel meccanismo del parto, non solo per il feto, ma bensì per la madre, e la modificazione di tenere i piedi sollevati da terra.

3.° Che devesi al Küster e al Forthergill una spiegazione del meccanismo di produzione dell'aumento dei diametri nella pelvi materna nella posizione del Melli.

4.° Che per i risultati clinici già in dominio del pubblico, e da noi accettati, è giusto che la posizione del Melli, o Melli-Walcher abbia maggior diffusione nella pratica dei parti.

T. Rossi Doria. — **Sulla necessità di preparare le donne al parto.**

Il Rossi Doria richiama l'attenzione sulle statistiche tanto nostrali quanto estere riguardo alla mortalità ed alla morbilità per febbre puerperale e rileva come dopo i primi grandi vantaggi ottenuti colla introduzione del metodo antisettico le cifre della mortalità e della morbilità si sono mantenute finora pressochè stazionarie, accennando anzi in taluni luoghi a risalire. Ciò tende a dinotare il persistere di cause che la antisepsi non è sufficiente ad allontanare. Queste cause secondo l'A. risiederebbero nell'organismo materno per una autoinfezione, intesa però in senso diverso da quanto con tale parola intendevasi poco tempo fa rispetto al canale genitale. La gravidanza induce nella donna particolari condizioni per le quali in seguito all'aumento di ricambio materiale vi ha aumento di produzione di veleni organici, al quale non sempre corrisponde un proporzionale aumento dei poteri di neutralizzazione e di eliminazione. Tutto ciò che tende ad aggravare questa condizione di cose dà luogo a forme di autointossicazione, le quali danno all'organismo spiccata predisposizione morbosa. A tale predisposizione morbosa sarebbero dovute non solo le note malattie, come, il vomito incoercibile, l'eclampsia, la manìa puerperale, ecc., ma anche certe infezioni puerperali insorte malgrado le più scrupolose cautele antisettiche. Da ciò la importanza di preparare le donne al parto con una razionale *igiene ginecologica.*

T. Rossi Doria. — **Proposte per l'istituzione di una « Assistenza alle madri povere nella gravidanza, nel parto e nel puerperio. »**

A complemento del lavoro che precede, il dott. T. Rossi Doria mette in rilievo come importi provvedere alla assistenza alle madri povere, organizzando da una

parte la beneficenza pubblica e dall'altra creando un'apposita legislazione sanitaria. A tale scopo propone che sull'esempio della Francia e del Belgio, anche in Italia sia istituita l'*Assistenza materna* sotto forma « di asili per le gravide povere e di assistenza a domicilio con distribuzione di soccorsi di gravidanza, di parto e di puerperio ». Notando poi come in Italia non esista traccia di legislazione sanitaria riferentesi allo stato di maternità, fa voti perchè nella prossima discussione del progetto di legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli, si sostituisca al periodo di esenzione dal lavoro fissato da 4 a 2 settimane dopo il parto, un periodo più lungo, di almeno 4 *settimane prima e 4 settimane dopo il parto.*

E. Casati. — **Endometrectomia ed enucleazione dei fibromi uterini come operazioni da sostituire l'isterectomia totale.**

L'A. nota come in questi ultimi anni si sia ecceduto in una chirurgia ginecologica demolitrice colla isterectomia totale sia nei fibromiomi uterini, sia nei prolassi, nelle metriti ribelli ad altre cure, nelle malattie degli annessi, ecc., ed esprime l'avviso che, come la chirurgia generale, anche la ginecologia dovrebbe tendere ad interventi conservatori. Secondo il Casati al trattamento operativo dei miomi ormai restano due vie, o l'enucleazione o l'isterectomia totale; l'enucleazione deve considerarsi come il metodo di elezione, riservando l'isterectomia totale a date e speciali circostanze. Egli ha operato colla enucleazione otto casi di fibromiomi uterini, in sei dei quali dovette aprire la cavità uterina; tutte le operazioni ebbero esito felice. Il metodo operativo sommariamente esposto è il seguente: incisione a piena sostanza della parete uterina dalla inserzione del legamento largo di destra a quello di sinistra, enucleazione del mioma o de' miomi; cauterizzazione della cavità uterina, se venne aperta, con soluzione di cloruro di zinco al 10 0[0 e sutura della cavità; sutura a strati delle saccoccie residuanti e sutura siero muscolare; fissazione extraperitoneale della linea di sutura dell'utero unendo il peritoneo parietale dell'angolo inferiore della ferita addominale al peritoneo uterino; sutura delle pareti addominali lasciando aperto l'angolo inferiore della ferita che viene zaffato con garza e ricucito poi in 6-7.ª giornata.

Il Casati ritiene poi di indicazione erronea l'isterectomia nelle endometriti emorragiche ribelli agli altri metodi di cura, ed essendo quasi sempre senza risultato il raschiamento, propone un nuovo atto operativo, la endometrectomia. Essa viene eseguita per via addominale e consiste nella apertura ampia della cavità uterina lungo la parete anteriore ed eventualmente lungo la posteriore, nella esportazione col bistorì di tutta la mucosa uterina unitamente ad uno strato di muscolare spesso circa 1 millimetro, nella causticazione della cavità con soluzione di cloruro di zinco al 10 0[0 e nella sutura a strati della ferita fatta nell'utero. Riporta tre casi operati con tal metodo e con felice risultato.

R. Vitanza. — **Se i dilatatori sono da preferirsi alle incisioni del collo dell'utero nel parto forzato in donne agonizzanti per eclampsia.**

Ricorda di avere egli prima del Dührssen praticate e descritte le incisioni profonde del collo come mezzo efficace per il rapido svuotamento nell'utero. Fa la critica dei dilatatori metallici del collo; accorda molto valore alla dilatazione manuale e quando questa non riesce allo scopo ritiene necessarie le incisioni pro-

fonde fino ad interessare tutta la porzione vaginale. In 29 casi di donne eclampsiche agonizzanti operate dall'A. col parto forzato, 21 si riebbero e di 31 bambini (due volte la gravidanza era bigemina) 19 furono estratti vivi.

G. Vicarelli. — **A proposito dell'acetonuria in gravidanza quale segno di morte del prodotto del concepimento.**

Richiama l'A. le antecedenti sue ricerche sulla presenza dell'acetone nelle urine delle gestanti e ricorda la conclusione alla quale quelle ricerche lo avevano condotto: essere l'acetonuria in gravidanza, *escluse altre cause,* un nuovo segno dell'avvenuta morte del prodotto del concepimento. Nota come questi risultati abbiano ricevuta la conferma da ulteriori osservazioni proprie e di altri distinti ostetrici. Fa la critica alle obbiezioni mosse da Magagnini e da Paracca in due recenti lavori e rileva come i risultati delle sue ricerche e la sopra esposta conclusione, siano state di recente pienamente confermate dalle ricerche di Knapp nella Clinica ostetrica di Praga.

L. Acconci. — **Trattamento chirurgico delle suppurazioni pelviche.**

Il prof. Acconci rileva come molteplici argomenti e sopratutto la propria esperienza clinica dimostri erronea l'opinione espressa da qualcuno, che operando per la via vaginale si operi alla cieca. I risultati clinici da lui ottenuti, lo conducono a dare la preferenza alla via vaginale nella cura delle suppurazioni pelviche in confronto della via addominale; operando per tale indicazione per la via dell'addome ebbe due morte su 15 laparotomie, mentre su 67 casi operati per la via vaginale, ebbe una sola donna morta. Riferisce i dettagli della tecnica operatoria che egli segue, nota come il punto più importante stia nel distacco delle aderenze che gli annessi hanno contratto coll'epiplon o colle anse intestinali: in questo tempo dell'operazione si procede direttamente alla luce del giorno, sia portando le aderenze nella pienezza del campo operativo, sia mettendole in luce mediante adatta applicazione delle valve.

L'intervento vaginale trova la sua giusta indicazione principalmente nelle affezioni bilaterali degli annessi: l'A. però vi è ricorso talvolta anche in affezioni unilaterali, praticando sia la colpotomia anteriore, sia la colpotomia posteriore e cercando di conservare quanto più è possibile degli organi genitali.

C. Micheli. — **Di una particolarità di tecnica operatoria per l'isteropessi addominale a proposito di un caso di fissazione addominale anteriore dell'utero, seguito da due gravidanze fisiologiche.**

L'A. riporta la storia clinica di una donna pluripara, che affetta da retroflessione uterina fissa venne da lui operata nel 1894 di isteropessi addominale anteriore col metodo di fissazione mediana diretta della faccia anteriore del corpo uterino secondo il processo di Czerny, applicando il filo superiore un poco al disotto della linea intertubarica e l'inferiore un centimetro al disotto del primo. Dopo l'operazione la donna ebbe due parti normali a termine e dopo l'ultimo parto si constatò che l'utero era ancora in buona posizione, lassamente adeso alla parete addominale.

Passati rapidamente in rassegna i varii processi di isteropessi addominale anteriore, l'A. ritiene che perchè sia mantenuta all'utero la sua normale funzionalità, occorre che nella fissazione dell'utero alla parete ventrale siano risparmiati il fondo, i margini laterali e la regione sopravaginale, le regioni cioè che prendono parte maggiore allo sviluppo dell'utero gravido. Ed è appunto all'avere operato con tale concetto che l'A. attribuisce il felice risultato ottenuto.

C. Ferraresi. — **Contributo sperimentale allo studio anatomico ed ostetrico degli anencefali.**

L'A. espone i risultati di ricerche sperimentali negli anencefali sia dal punto di vista ostetrico e sia dal punto di vista anatomico e riporta in tre tavole numerosi disegni riferentisi a tale argomento. Nella denominazione della presentazione, quando la testa è prima crede preferibile la denominazione presentazione di anencefalo colla sede del dorso. Studia poi la flessibilità della colonna vertebrale, le modificazioni del torace e delle spalle, la direzione e il più opportuno collocamento degli assi fetali nel disimpegno.

F. D'Erchia. — **Contributo allo studio del cancro primitivo dell'utero.**

L'A. richiama le varie distinzioni proposte per il cancro primitivo dell'utero e ritiene accettabile quella che chama *cancroide* il cancro che si sviluppa dall'epitelio piatto della portio e *carcinoma* quello che si sviluppa dall'epitelio cilindrico; quest'ultimo può essere distinto in carcinoma corneo, carcinoma glandolare, adeno-carcinoma. Riferisce quindi le storie cliniche ed i reperti anatomici ed istologici di cinque casi di cancro dell'utero operati colla isterectomia. In uno di questi casi (Osserv. III) riscontrò le così dette palle ialine analoghe per i caratteri morfologici per il modo di aggrupparsi e di colorarsi intensamente coi colori di anilina, ai blastomiceti di Sanfelice. Rispetto alla classificazione topografica ed istogenetica del cancro, nota come la classificazione topografica sia possibile soltanto nelle forme iniziali o poco avanzate nello sviluppo: la classificazione istogenetica è più razionale e scientifica. Rispetto al meccanismo di sviluppo del cancro dell'utero, l'A. si accorda colla opinione di Klebs e di Leopold che cioè il momento causale della proliferazione atipica dell'epitelio debba ricercarsi nelle stesse cellule epiteliali, non più fisiologiche. Richiama le diverse interpretazioni che si possono dare alla infiltrazione parvicellare che riscontrasi tra le cellule carcinomatose e sopratutto nel tessuto connettivo; nota il raro propagarsi del processo neoplastico alla tuba, infine mette in rilievo di avere osservato nelle ovaie degli uteri cancerosi le identiche alterazioni che furono descritte nelle ovaie osteomalaciche, nelle ovaie rachitiche e nell'ovarite cronica. Ricorda inoltre l'A. di avere constatato in due uteri carcinomatosi gravidi la presenza di cellule deciduali nello strato muscolare.

* * *

Il volume degli atti della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia si chiude colle commemorazioni del prof. Mariano Pantaleo dettata dal prof. G. Chiarleoni, del prof. C. Grillenzoni letta dal dott. E. Casati, dal prof. G. Madruzza fatta dal dott. G. Vicarelli; alle commemorazioni sono unite le riproduzioni dei ritratti dei compianti ostetrici italiani. Il prof. C. Liebman di Trieste è commemorato dal dott. F. Caruso.

Resinelli.

COMUNICATO

Società italiana di Ostetricia e Ginecologia

COMMISSIONE PERMANENTE ESECUTIVA — ROMA

10 Maggio 1898.

Egregio Collega,

Ho il piacere di annunziarle che la quinta riunione annuale della nostra Società si aprirà in Torino il giorno 18 Ottobre prossimo. Le Relazioni fissate pel detto Congresso sono:

1.° Prof. **G. Chiarleoni** — *Sul valore della colpotomia nelle affezioni degli annessi;*
2.° Prof. **E. Pinzani** — *La posizione del Walcher;*
3.° Prof. **A. Guzzoni degli Ancarani** — *Delle retrodeviazioni dell'utero.*

L'importanza grandissima di questi argomenti, la mutata sede delle nostre riunioni e la concomitante Esposizione nazionale di Torino sproneranno, ne sono certo, molti soci a prender parte attiva nei lavori del Congresso; ed io mi auguro, egregio Collega, che non ci verrà a mancare in questa circostanza la sua valida cooperazione.

Con grande mia soddisfazione porto poi a sua conoscenza che il Comitato organizzatore del terzo Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia, accogliendo la domanda ad esso rivolta a nome della nostra Società, ha stabilito di ammettere la lingua italiana come quarta lingua ufficiale nei futuri Congressi internazionali.

Nell'Agosto 1899 avrà luogo in Amsterdam la terza riunione, ed io son certo che molti ostetrici e ginecologi italiani si faranno un dovere d'intervenirvi per rispondere degnamente alla cortesia usataci e meglio far conoscere all'estero i nostri lavori. Intanto prego coloro che ci hanno manifestato il desiderio, o intendono farlo adesso, di essere inscritti come *Soci fondatori,* d'inviare la prima rata d'inscrizione in L. 100 al signor Prof. FELICE LA TORRE, *Roma, Hôtel Bellevue.* Le altre due rate saranno versate in seguito.

Nella speranza di rivederla a Torino, colgo questa occasione per protestarle la mia personale stima ed amicizia.

IL PRESIDENTE: Prof. E. PASQUALI.

Il Segretario: Dott. F. S. ROCCHI
Roma, via Cavour, 116.

BIBLIOGRAFIA

ITATO TONTA. — **Raggi di Röntgen e loro pratiche applicazioni.** — Ulrico Hoepli, editore, Milano. Un volume con molte illustrazioni, elegantemente legato, L. 2,50.

L'autore che in parecchie Cliniche della Germania, e specialmente in quella chirurgica del prof. Angerer a Monaco di Baviera, ebbe campo di studiare i nuovi raggi, tanto dal lato scientifico che dal lato pratico, ci presenta un lavoro originale e di un interesse indiscutibile sopratutto nella parte che riguarda le varie applicazioni dei raggi di Röntgen alla chirurgia ed alla medicina.

Alle esperienze compiute da altri, e da lui riferite, aggiunge osservazioni proprie illustrando la materia con radiografie riprodotte accuratamente.

Il nuovo volume, oltre che interessare il pubblico in generale e i medici in particolare, non mancherà nella prima parte, che tratta dei raggi Röntgen per rapporto alla fisica, di sollevare discussioni, in ispecie là dove il Tonta enuncia ipotesi sue intorno ai nuovi raggi, quali la teoria elettrochimica e l'altra della relazione fra gli effetti dei raggi di Röntgen e quelli della fulminazione.

Nè mancano notizie e figure sulla storia della nuova scoperta, sulle applicazioni in genere, sugli apparecchi per la produzione dei raggi X, sulle migliori loro fabbriche, sul loro costo, sul modo di usarli e norme per ottenere le migliori radiografie.

L'autore mostra piena conoscenza di quanto si è pubblicato fino ad oggi sulle applicazioni della nuova scoperta in Italia, in Germania, in Francia, in Inghilterra e ci porta l'ultima parola della scienza.

Non è quindi a dubitare che il pubblico accoglierà con favore questo nuovo Manuale della collezione Hoepli, che tratta un argomento di attualità e di grande interesse scientifico e pratico.

Nella Biblioteca Tecnica Hoepli esiste altresì il trattato del prof. Murani, *Luce e Raggi Röntgen,* 1898 (L. 8), il quale parla dei raggi X dal punto di vista della fisica sperimentale.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Luglio 1898. Num. 7.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI
EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Prof. Ernesto Pestalozza

DI UNA RARA FORMA DI PLACENTA UMANA

Dott. LIVIO HERLITZKA

Guidato da alcune osservazioni che il prof. Pestalozza faceva sopra un caso, volli intraprenderne lo studio, su cui adesso riferirò brevemente esponendo anche alcune considerazioni di indole clinica e biologica che il caso stesso mi ha suggerito.

R. M., di anni 32, di Firenze, entra in Clinica il giorno 3 Gennaio 1898, perchè assalita da dolori di parto. Dall' anamnesi si rileva che non ebbe mai disturbi da parte dell' apparato genitale: la prima mestruazione a 13 anni, le susseguenti regolari per periodo di ritorno e per durata, l'ultima nel mese di Aprile del 1897. Ebbe già due altre gravidanze normali, condotte a termine. Del primo parto non sa dire nulla di speciale; invece il secondo, che fu naturale nell'espulsione del feto, non lo fu nel secondamento, che non avvenne spontaneamente in modo completo; anzi dopo otto giorni, essendo la donna presa da febbre, ricorse alla Maternità dove venne operata di raschiamento per ritenzione di cotiledoni placentari. Uscì guarita dopo 27 giorni e precisamente il 27 Maggio 1893. La presente gravidanza ebbe un decorso del tutto normale.

Assoggettata subito la donna all'esame ostetrico, si riscontra una presentazione podalica incompleta: varietà natiche; null'altro di interessante. Alle ore 18 del giorno stesso in cui entrò in Clinica incomincia il travaglio del parto; durante questo si osserva il fatto, non tanto raro, che ad onta della suddetta presentazione ha luogo l'espulsione del feto (a ore 1 e 55' del 4), senza che questa venga aiutata da manovra alcuna, col normale meccanismo del parto. Il feto sano, di sesso femminile, pesa 3200 gr. Dopo la nascita del feto si aspetta passivamente, come è regola in questa Clinica, il succedersi del seconda-

mento. Dopo circa mezz'ora incomincia dai genitali un leggiero stillicidio di sangue, che (escluso possa derivare da qualche lacerazione lungo il canale genitale), si giudica proveniente dalla cavità uterina per un distacco parziale di placenta. Dopo quasi un'ora continua sempre lo stillicidio di sangue nè se ne può incolpare la musculatura uterina, poichè sia con l'ispezione sia con la palpazione si rileva che l'utero è ben contratto. Aumentando l'emorragia si cerca di favorire il distacco completo con ripetute frizioni e massaggio sul fondo, senza però riuscire nell'intento. Alla fine si è costretti a ricorrere al secondamento artificiale. Dopo solito metodo di disinfezione viene introdotta la mano nella cavità uterina sulla guida del cordone, si procede quindi allo scollamento della placenta dalla parete; ma quest'atto operativo che di solito riesce con facilità, viene eseguito a stento avendo la mano operante incontrata una placenta che ricopriva quasi tutta quanta la superficie della cavità uterina sia nella parete anteriore, sia nella posteriore, sia nelle laterali, sia nel fondo. La mano poteva molto lentamente guadagnare terreno dovendo staccare isolatamente ogni singolo cotiledone; così l'atto operativo ebbe una durata molto più lunga di quanto non ne richieda normalmente.

La perdita di sangue fu discreta, però la donna non ebbe gravi segni di anemia. Estratta la placenta, non essendo cessata ancora del tutto l'emorragia si ricorre, dopo somministrata la segale cornuta, ad un tamponamento della cavità uterina con garza sterilizzata. La donna quindi viene dalla sala del parto riportata nel suo letto.

Naturalmente, appena provveduto alla puerpera, la prima cosa si fu di esaminare la placenta per potersi rendere una ragione di questa sua aderenza insolita. Da questo esame risultava anzitutto una particolarità della forma (peso gr. 500), giacchè essa placenta era grandissima e conformata a guisa di sacco (1) tanto che cercando di distenderla su un piano sia dalla parte fetale sia da quella materna, ciò riusciva affatto impossibile; per questa particolarità non ne ho potuto misurare i diametri massimo e minimo, ma bensì il perimetro massimo che era di 42 cm. e il minimo di 36 cm., mentre la circonferenza alla base o meglio l'apertura di questo sacco (il bordo placentare) era di 60 cm.

Ma più interessante ancora della grandezza e della forma appariva la conformazione speciale della superficie materna. Questa era formata da tanti cotiledoni isolati, di grossezza non molto varia, e uniti tra di

---

(1) In un caso di Hahn, uovo abortivo al 4.° mese, la placenta verso la parte fetale era concava « a forma di sacco. »

loro da zone di tessuto molto sottile, o a meglio dire, sembrava che si avessero dei cotiledoni disseminati su una membrana. Questa però era vascolarizzata e macroscopicamente appariva come sostanza placentare ridotta alla sua massima sottigliezza, come per esempio si può riscontrare talvolta in qualche lembo di placenta previa. Ad eccezione di una zona poco estesa non si riscontravano perdite di sostanza; delle due membrane, del corion e dell' amnios non rimanevano che alcuni brandelli tutto all' ingiro, cosicchè con mio rincrescimento non ne ho potuto stabilire le varie misure che mi avrebbero poi servito per determinare la distanza della placenta dall'orificio uterino. Devo aggiungere però che otto giorni più tardi, essendosi dovuto procedere ad un raschiamento della cavità uterina, appunto per rimuovere quel cotiledone che si supponeva esservi rimasto, venne prima praticata una esplorazione intrauterina con la quale si potè stabilire che il punto inferiore di inserzione distava a destra di cm. 2 1|2 e a sinistra di cm. 1 dall'orificio interno. Questi dati confermavano quelli già riscontrati, ma con insufficiente esattezza, durante il secondamento. Si avrebbe avuto così, secondo le determinazioni dell'Ahlfeld, una distanza di circa 18 cm. a destra e di 10 a sinistra nell'utero gravido a termine. Considerando poi che l'utero era pochissimo involuto si potrebbero abbassare queste cifre a 15 e 8 (1).

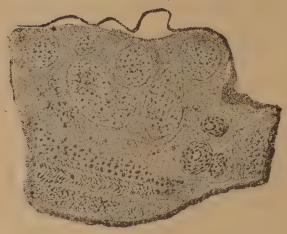
I cotiledoni poi apparivano perfettamente normali sia per colore, sia per consistenza, sia per forma; il loro massimo spessore arrivava a cm. 1 e mm. 5. Nei tratti che intercedevano fra questi cotiledoni la placenta aveva 2-4 mm. di spessore. Alcuni piccoli lembi di decidua ricoprivano qua e là i margini placentari.

---

(1) Questo metodo dell'esplorazione intrauterina nella 9.ª giornata di puerperio per stabilire il punto inferiore di inserzione della placenta e la distanza di questa dall'orificio interno non è certo assoluto, ma venne usato con ottimi risultati da Ahlfeld per lo studio del distacco fisiologico della placenta. Egli afferma che se in queste esplorazioni si sente la zona di inserzione placentare (che è sempre evidente) sulla parete anteriore o sulla posteriore, sulla medesima parete era anche certo inserita la placenta durante la gravidanza. Potrebbe però esservi un dubbio per quanto riguarda la distanza che intercede dalla placenta all'orificio interno. Ma partendo dall'opinione generale che l' utero puerperale nella sua involuzione mantenga i suoi rapporti proporzionali a quelli già esistenti nell' utero gravido, egli intraprese numerose osservazioni e gli risultò che in quasi tutti i casi il reperto confermò l'aspettativa. Ahlfeld stabilisce come media dei reperti: che se nell'utero il margine inferiore della placenta si trova 10-15 cm. dall'orificio interno, esso disterà nel 9.° o 10.° giorno di puerperio 1,5-2,0 cm. dall'*ôs internum*.

Il cordone era inserito centralmente, lungo 48 cm., non presentava alcuna anomalia; così pure non ne mostravano i vasi placentari. Sulla superficie fetale ad eccezione di alcuni infarti, reperto normale, non c'era nulla degno di nota.

Dall'esame microscopico di alcuni pezzi di placenta presi a tutto spessore e là ove essa era più sottile, cioè come ho già detto fra i singoli cotiledoni di spessore normale, si rileva che si mantenevano evidenti tutti i caratteri di una placenta umana; degno di nota poi il fatto che si riscontravano delle zone ove i villi circondati da una sostanza amorfa connettivale vi erano ridotti fuori funzione per l'obliterazione consecutiva dei vasi. Ho cercato di riprodurre nella figura uno di tali territorî; in questa si vedono pure spazî intervillosi ripieni di sangue il quale circonda villi normali nel loro sincizio, nella loro vascolarizzazione. Risulta l'estrema sottigliezza di questi territorî placentari (2 mm.) dal fatto che al microscopio (oc. 3, ob. 2, fig. 1[2 del vero) si può vedere in un sol campo una sezione di placenta a tutto spessore.



Quale è l'eziologia di questa forma speciale di placenta? Quali sono le ragioni che ne hanno impedito il distacco fisiologico ed hanno con ciò prodotto così gravi perturbamenti nel completamento del parto?

Ecco le domande che mi sono rivolte nello studio di questo caso, ed a cui in parte ho tentato di rispondere.

***

Per quanto io abbia cercato nella bibliografia ho potuto però rilevare solo ben poco in proposito. Schroeder, là dove nel suo trattato parla delle anomalie della placenta, dice che alcune volte i villi del corion conservano i loro vasi sopra tutta o sopra la maggior parte della periferia dell'uovo, ed allora non si forma una placenta vera, spessa e misuratamente larga, ma l'uovo, in quasi tutta la circonferenza comunica con la decidua. E chiama questa forma di placenta « placenta membranacea. »

Il Cuzzi, descrivendo placente bi- e trilobate, osserva che in certi casi la porzione placentare isolata è costituita da un piccolo ciuffo di villosità, ed allora abbiamo la così detta placenta con cotiledoni suc-

centuriati. Questi cotiledoni, isolati per lo più, si formano dal corion con lo stesso meccanesimo con cui si origina la divisione in due lobi voluminosi (atrofia di una porzione del ponte membranoso).

v. Herff parla di un disegno di placenta membranacea nel testo di Ahlfeld ed altrove dice incidentalmente: « qualche caso di placenta membranacea, tanto mai rara, sarà stato legato ad uno sviluppo in *praevia.* »

Da queste poche notizie mi sembra che anche nel mio caso si tratti di una così detta placenta membranacea; però devo osservare che, almeno nella placenta in discussione, questo nome di membranacea non corrisponde alla realtà, poichè i vari cotiledoni non sono uniti tra di loro da una membrana, ma bensì da un tessuto placentare vero e proprio, ridotto però alla sua estrema sottigliezza. (Sull'esame microscopico di questo tessuto ho già riferito). La denominazione di « diffusa » data dal prof. Pestalozza è certamente più appropriata per questa forma di placenta.

Come si spiega il modo di sviluppo di questa placenta? Certo sarebbe un quesito importante a risolversi e forse non privo di interesse anche per la questione generale dello sviluppo della placenta normale. Ma premetto che io non ho nemmeno tentato di affrontare questo argomento, poichè è cosa troppo nota che la placenta di una gravidanza a termine non è affatto idonea per lo studio dello sviluppo della placenta umana; per questo sarebbero necessarie non solo uova nell'inizio della gravidanza, ma queste dovrebbero anche essere normali (perciò nemmeno la massima parte delle uova abortive), se ne dovrebbe conoscere esattamente l'epoca (cosa pure difficilissima a stabilirsi), ed infine dovrebbero essere in connessione con la parete uterina [Hofmeier, v. Herff, Kaltenbach, Hahn, Frommel (1)]. Pure, dallo studio e dal confronto delle pubblicazioni, e in ispecie di quelle più recenti, che trattano dello sviluppo della placenta, mi pare si possa fare qualche ipotesi sull'interpretazione embriologica della placenta diffusa, lasciando naturalmente la soluzione del quesito a ricerche più adatte.

Non starò qui a fare un riassunto bibliografico di quanto si è scritto e detto in questi ultimi anni sull'anatomia e sullo sviluppo della

---

(1) Frommel dice: « da poco venne con ragione rilevato da Hofmeier che in tutti gli studi sulla placenta, debbano venire usati possibilmente stadî giovani e uova in connessione con la parete uterina. »

placenta umana, sia perchè di questi riassunti, e molto estesi, se ne trovano in quasi tutti i lavori che trattano l'argomento (specialmente Hofmeier, v. Herff, Ahlfeld, Keilmann), sia anche perchè escirei troppo dal campo prefissomi. Accennerò soltanto brevemente ad alcune delle teorie più recenti: v. Herff premette che per risolvere molti quesiti sulla meccanica dello sviluppo della placenta è di incontestabile importanza il mettere in chiaro come e in qual modo si ingrandisca la superficie d'impianto della placenta; che l'ingrandirsi della serotina dipende essenzialmente dalla direzione di sviluppo dell'abbozzo dei villi, come pure dalle loro più o meno favorevoli condizioni di nutrimento; che sebbene su ciò non vi sia alcun dubbio, pure questi processi sono per ora troppo poco conosciuti nei loro dettagli, e che dalla loro investigazione dipende la spiegazione e la interpretazione di alcune anomalie nella struttura della placenta, le quali anomalie sono anche dal punto di vista clinico molto importanti (placenta circonvallata o *praevia*). Ed io potrei aggiungere anche diffusa. v. Herff, dopo avere esposte le due ipotesi delle quali una ammette una data direzione e l'altra un'altra per lo sviluppo delle espansioni dei villi, accetta quella secondo la quale i villi del corion frondoso usurpano le limitrofe zone della vera, mentre si ha contemporaneamente un accrescimento eccentrico della piastra coriale (Chorionplatte). Così si ha l'espansione dell'abbozzo placentare coll'accrescersi di questo nella vera, mentre la vera contribuisce nello stesso tempo al completamento ed all'ingrandimento della riflessa (1). Nega poi assolutamente l'altra ipotesi, sostenuta precedentemente da Keilmann, secondo la quale i villi di quello che più tardi sarà il corion laeve, non cadrebbero in atrofia, ma, favoriti da speciali condizioni di sviluppo, continuerebbero a vegetare e perforando la riflessa si approfondirebbero nella regione della vera trovantesi di contro, concorrendo così alla estensione della placenta (2). Herff confuta acerbamente il lavoro di Keilmann ed in un punto dice: « questa dimostrazione che cioè alcuni dei villi passino dalla riflessa

---

(1) Herff: « Si deve ammettere, se pure non con certezza pure con grande verosimiglianza, che la normale direzione di accrescimento della placenta tanto sana che malata non può essere nessun'altra, fuorchè quella che si spinge nella vera. »

(2) Keilmann scrive: « Il territorio materno della placenta è formato anzitutto da sola riflessa, più tardi da un'unione di questa con la vera. La piccola parte, detta serotina, può concorrere a formarvi una parte, ma può anche esservi esclusa. »

nella vera e ivi continuino a vegetare, e questo è il punto più importante nella questione, Keilmann non ha saputo fornircela. »

Kaltenbach, ma specie Hofmeier, sono i più caldi sostenitori della placenta riflessa, e le loro teorie mirano a dimostrare che per la fusione della riflessa con la vera si avrebbe la formazione di una serotina.

Gottschalk si scosta da loro nell' ammettere che i villi che sono inseriti sulla riflessa marginale sono villi del corion frondoso e non già del corion laeve.

Frommel, dallo studio di uova di pipistrello, ammette che la mucosa uterina su cui si sviluppa l'abbozzo placentare, sia un tessuto semiliquido, perciò coll'accrescersi dei villi si avrebbe uno spostamento in direzione periferica dell'abbozzo placentare. È propenso ad ammettere questi fatti anche per la placenta umana.

Da questi brevissimi cenni si vede come la questione dello sviluppo della placenta sia sempre insoluta; pure mi pare che si possa tenere per stabilito (da tutti meno Frommel) un fatto importante, e cioè la compartecipazione della riflessa all'espansione dell'abbozzo placentare (Hofmeier). Nelle particolarità però sono troppo discordi le opinioni dei varî autori.

Da queste incomplete cognizioni sullo sviluppo della placenta normale, è possibile dedurre l'eziologia di una placenta così anormale quale si è la diffusa? Senza entrare in discussioni speculative, pure dall'esame di questa forma rara di placenta mi pare si debba ammettere, considerato il rapidissimo sviluppo della superficie placentare normale, nei primi mesi, rispetto allo sviluppo della parete uterina, che questa placenta la quale alla fine della gravidanza abbracciava circa due terzi di periferia dell'uovo, dovesse ricoprirlo completamente nei primi mesi. E se si ammette con Herff che i villi della placenta derivino dal solo corion frondoso, come si possono spiegare i villi che si elevavano da tutta la superficie dell'uovo formando cotiledoni isolati e di egual spessore ed estensione nei punti più lontani della periferia ovulare? E le striscie di tessuto interposte fra i cotiledoni in cui si riconosce bensì la struttura placentare, ma si vede anche quanta poca importanza essa possa aver avuta nella nutrizione del feto per lo stato quasi atrofico dei villi che ivi si riscontrano, devono anche queste essere derivate dal corion frondoso? Veramente v. Herff lo ammetterebbe, poichè parlando della placenta membranacea dice che a suo

modo di vedere questo sviluppo di placenta si spiega senz'altro per una espansione straordinariamente rapida del corion frondoso, fuori dalla comune direzione di sviluppo, entro la vera. Ma come, ripeto, si possono così spiegare i cotiledoni normali sparsi in mezzo a tessuto placentare quasi atrofico? Certo v. Herff dando questa interpretazione non deve avere avuto a sua disposizione per il controllo micro- e macroscopico una tale placenta, ma viene a questa conclusione dalle sue osservazioni e teorie sullo sviluppo della placenta normale. Da quale stimolo potrebbe venire eccitato il corion frondoso ad assumere una espansione così grande?

Soltanto per ragioni patologiche sappiamo che si può avere un accrescimento così rapido di tessuti; ma in questa placenta di tali alterazioni non ne ho riscontrate. Accettata la possibilità dello sviluppo della placenta umana normale nella riflessa, mi pare che tanto più a ragione si possa invocare questo modo di sviluppo per la placenta membranacea o diffusa. Questa ipotesi però è negata da v. Herff il quale, prima di esporre la sua (suesposta) sul modo di formazione della membranacea, dice che si è voluto spiegarla esclusivamente per un continuato accrescimento dei villi del corion laeve nella riflessa, e portarla così come prova di una possibilità di una placenta riflessa; mentre per le placente polilobate, Cuzzi (che non parla della membranacea), crede che queste si possano formare in causa della persistenza di ciuffi di villosità del corion laeve, i quali invece di atrofizzarsi subirebbero all'opposto un processo di ipertrofia e di ramificazione.

Rimanendo forzatamente nel campo delle ipotesi (che ipotesi è pure la teoria di v. Herff), non solo non vorrei ammettere per la interpretazione della placenta diffusa un accrescimento straordinario del *chorion frondosum*, ma anzi un mancato sviluppo di questo. Se nell'epoca in cui l'uovo è ricoperto egualmente su tutta la sua superficie da villi, i villi corrispondenti alla zona del corion frondoso, non han un accrescimento tale da formare la zona spessa e compatta che dovrà diventare la placenta, si può facilmente comprendere come i villi del corion laeve debbano, quasi vicariando questa mancanza dello sviluppo placentare, concorrere ad aumentare la superficie di scambio fra madre e feto — insufficiente nella regione della sola serotina — e rimanere così in vita fin negli ultimi periodi della gravidanza.

Del resto lo stesso Herff si scosta più dalla sua teoria per avvici-

narsi a questa là dove dice che anormali o patologiche, se si vuole, sono soltanto quelle condizioni ancora sconosciute, per le quali tanto il corion quanto la riflessa sono più riccamente provvisti di vasi e non si atrofizzano come di regola.

Naturalmente la superficie essendo molto estesa, è più che sufficiente alla nutrizione del feto, e quindi non tutti i villi si innalzano a dignità di cotiledoni, ma molti vanno incontro a processi di regressione — sebbene però non giungano ad atrofia completa (1) — facendo acquistare così alla placenta quell'aspetto speciale che le valse il nome di membranacea o di diffusa.

In quanto all'eziologia di questa forma rara di placenta (cioè alla causa che ha spinto il *chorion frondosum* a svilupparsi secondo v. Herff « eccessivamente, » secondo me « insufficientemente ») siamo perfettamente all'oscuro. Ricorderò da ultimo soltanto che Hertwig dice essersi estesa la denominazione di placenta anche al corion coperto di piccoli villi nella specie dei porci, ed essersi così formata una sottospecie detta « placenta diffusa. » Nei porci, negli ippopotamidi ed altri che appartengono al 2.° gruppo dei mammiferi (distinti in 3 gruppi a seconda del modo con cui la superficie della vescica germinativa si mette in rapporto con la mucosa uterina), si viene a completare la nutrizione uterina per il fatto che l'involucro sieroso subisce notevoli mutamenti nella sua organizzazione e si muta in una membrana a villi o in un corion. Nei villi penetrano vasi e la mucosa uterina e il corion si mettono in contatto sempre più intimo e sicuro, la mucosa uterina aumenta in superficie e forma dei rilievi e degli avvallamenti in cui si approfondiscono le propagini del secondo: così è facilitato e reso esteso lo scambio tra i tessuti materni e fetali.

Queste forme di placenta hanno dei punti di contatto con quella descritta, e quindi l'idea espressa con grande riserbo, che nel caso presente si trattasse di un fatto atavistico, potrebbe forse essere in un certo modo giustificabile. Tuttavia non credo opportuno fermarmi su tale questione.

***

Veniamo alla seconda questione: per quali ragioni cioè non ebbe luogo il distacco della placenta.

---

(1) Come risulta dalla descrizione dei preparati microscopici.

Dal trattato del Cuzzi rilevo alcuni punti più importanti per la spiegazione del distacco normale della placenta: come già da tempo è stato sostenuto, la placenta si distacca in causa della riduzione in superficie della zona di parete uterina che le serve d'attacco. Le contrazioni del secondamento che sappiamo sopravvenire specialmente quando le pareti uterine si sono messe fra loro in contatto (per la retrazione), interessano anche la zona di inserzione della placenta.

Quindi ad un dato punto l'utero retraendosi e contraendosi diminuisce notevolmente in tutta la sua superficie interna. La placenta non essendo retrattile come il tessuto uterino, per questa diminuzione di superficie comincerà ad avvicinare i suoi cotiledoni. Dopo di essersi avvicinati questi cotiledoni sono obbligati a distaccarsi per le aderenze che li uniscono alla superficie uterina. Siccome la minore resistenza si ha in corrispondenza dello strato cellulare della caduca, così è in esso che si verifica il distacco. — E per dimostrazione di ciò porta l'esempio molto appropriato del pezzo di legno attaccato con un po' di gomma sovra un foglio elastico disteso: quando a questo si lascia la libertà di retrarsi, il legno si distacca, perchè non può seguire il movimento di riduzione di quello. — Altro fattore che concorre a distaccare la placenta è il coagulo retro-placentare che si forma quando la placenta incomincia a distaccarsi nel centro, come avviene più frequentemente (Baudelocque-Schultze), non così quando comincia a staccarsi dal margine (Duncan). L'ematoma poi in grazia alla compressione a cui è assoggettato dalle susseguenti contrazioni, completa il distacco della parte periferica della placenta.

Ho riferiti fatti conosciuti e accettati da tutti, poichè recentemente sono usciti alcuni lavori sulla fisiologia del secondamento che in qualche punto si scostano da questi concetti.

Ahlfeld porta nel suo lavoro le seguenti conclusioni: che sul modo di distacco e di espulsione della placenta, esercitano la più grande influenza la sede e la grandezza di essa: quanto più in alto è inserita tanto più spesso si ha il modo Baudelocque-Schultze (da lui considerato come il solo fisiologico) e regolare andamento nel secondamento; viceversa quanto più bassa è la placenta, tanto più frequentemente si ha il distacco per un margine e emorragia che conduce spesso all'anticipata spremitura della placenta. Non ha mai trovata inserita la placenta nel fondo.

Gessner invece (tralasciando di parlare di tutte le molteplici osservazioni che si trovano nel suo lavoro sulla fisiologia del secondamento, non ricorderò che quelle che mi interessano per il mio caso), rileva che le ricerche sia cliniche sia anatomiche non hanno per ora dato la dimostrazione che la placenta nell' utero si distacchi dapprima nel centro. Egli crede invece che il distacco incominci dal margine inferiore e proceda verso l'alto (Duncan). Spiega il fatto clinico che cioè la placenta esca più spesso secondo Schultze, col dire che la placenta uscita dall'orificio uterino (osservazioni fatte con lo speculum) secondo Duncan, percorrendo il canal vaginale si arrovescia in modo da uscire dalla vulva secondo Schultze. Nega poi la compartecipazione dell' ematoma retroplacentare al distacco della placenta, osservando che quando questo incomincia non esiste nella cavità uno spazio libero nel quale si possa protundere la placenta, e che la pressione endouterina è in questo momento certo più grande della pressione sanguigna.

Anche Gloeckner è di opinione che il coagolo retroplacentare è di importanza secondaria per il distacco della placenta: sarebbe di solito non la causa diretta, ma soltanto una conseguenza del distacco placentare.

Strassmann dice che l' ematoma deve formarsi e si trova quasi sempre, ma però non esercita nessuna influenza sulla espulsione della secondina. Tralascio di riassumere quanto si riferisce al distacco sia Schultzé sia Duncan, su cui però specialmente insistono gli A.; ricorderò soltanto che Gessner osserva che si designa sempre come maniera di Duncan, una maniera che Duncan non ha mai descritta, e ciò a proposito di quanto gli osservava Czempin che cioè un'emorragia fa sempre pensare ad un distacco della placenta secondo Duncan, mentre invece col meccanesimo Duncan non si ha in realtà nessuna emorragia.

Ritornando, dopo questa breve esposizione di cenni bibliografici, ad esaminare le cause che hanno impedito il distacco normale della placenta, devo anzi tutto escludere che ciò possa essere stato causato da aderenze speciali fra la placenta e la parete uterina, aderenze che sono sempre date per alterazioni del tessuto placentare e che in questo caso mancavano assolutamente. Difatti se anche la mano che praticava il secondamento artificiale incontrò delle difficoltà insolite, non avvertì però delle aderenze speciali fra i cotiledoni e la parete uterina.

Del resto Gessner avendo eseguiti 50 secondamenti artificiali e

posto in questi speciale attenzione alle adesioni placentari, concluse che: forti aderenze appartengono soltanto ai casi più rari.

La musculatura uterina non poteva venire certamente incolpata, poichè — come risulta dalla sovraesposta storia clinica — dopo l'espulsione del feto, l'utero non solo si manteneva retratto, ma si contraeva anche bene a intervalli, e ancora più quando con stimoli adatti si riuscì ad aumentare l'energia delle contrazioni.

Escluso dunque un fatto patologico, cioè adesione troppo solida della placenta, ed ammesso il fattore più importante per il distacco normale della placenta, cioè la diminuzione rapida e forzata della superficie d'impianto placentare, dobbiamo ricercare la causa del mancato distacco nella forma speciale della placenta stessa. Però la prima impressione nell'osservare la placenta si era che per la sua grande estensione ne dovesse venire anzi facilitato il distacco. Difatti risulta all'evidenza dalle teorie sovraesposte (e da molteplici osservazioni cliniche), che quanto più grande si è la placenta, tanto più facilmente essa si distacca, e viceversa; ma a questo devesi aggiungere: « ad eguale spessore e compattezza di tessuto placentare. » Poichè essendo un fattore del distacco « l'incongruenza fra la placenta non contrattile e la zona d'impianto contrattile, » questa incongruenza aumenterà o diminuirà quanto più o meno resistente è il tessuto placentare stesso. Ben a ragione nel trattato del Cuzzi si porta ad esempio il pezzo di legno incollato sovra un piano elastico; difatti se al posto del legno ci fosse un pezzo di panno, questo non si staccherebbe dal piano elastico in corrispondenza del punto di retrazione a cui si stacca il legno. Così la placenta diffusa seguiva la retrazione uterina, poichè non formava un tutto resistente, ma aderiva per singoli punti (quanti erano i cotiledoni) alla parete uterina, mentre tutto il tessuto intracotiledonare sottile se ne poteva presumibilmente in gran parte staccare formando tanti rilievi sulla superficie fetale; e se anche la retrazione e le contrazioni uterine avevano ravvicinati alquanto i cotiledoni, pure su essi non potevano avere una presa maggiore di quella che possono avere su cotiledoni isolati rimasti in cavità. E sappiamo come questi presentino le condizioni più sfavorevoli a venire espulsi spontaneamente e richiedano quasi sempre il distacco artificiale.

Ecco che nel caso di una placenta diffusa « la grande estensione » che parrebbe a prima vista una condizione favorevole per il distacco

placentare, concorre invece per la configurazione speciale della placenta (1) a determinare l'impossibilità di un distacco normale. Difatti così riescono anche evidenti le cause per le quali si rendeva tanto difficile e lungo il secondamento: mentre di solito appena introdotta la mano dietro la placenta, questa si può allontanare prontamente con pochi e non forzati movimenti di scollamento, in questo caso invece si dovette procedere al distacco di ogni singolo cotiledone, non potendosi certamente col distacco di uno ottenere il distacco del cotiledone vicino.

Certamente l'emorragia che si iniziò subito si riferisce ad un distacco di qualche cotiledone, ma sia più fisiologico il distacco che comincia nel centro della placenta, sia più quello per il margine inferiore, non potrebbero certo nè l'uno nè l'altro avere alcuna influenza sul distacco di una placenta diffusa. — Abbia più o meno influenza sul distacco normale, la formazione di un coagulo retroplacentare, in questo caso non avrebbe potuto favorire l'andamento fisiologico del secondamento, poichè ammesso anche che si fosse formato da bel principio per il distacco di cotiledoni centrali — dunque circa sul fondo — durante le susseguenti contrazioni non avrebbe potuto concorrere al distacco dei cotiledoni vicini, ma il sangue scollando il tessuto pla-

---

(1) Il nesso che certamente esiste fra la forma della placenta e il modo di effettuarsi del secondamento — concetto espresso ripetutamente dal prof. Pestalozza e finora non accennato da nessuno — ho avuto l'occasione di riscontrarlo in un altro caso, dove come nel suesposto si era dovuto finire il secondamento in modo artificiale per l'emorragia insorta. Senza diffondermi in particolari e nella storia clinica, dirò che anche in questo caso del mancato distacco non si poteva incolpare che la placenta stessa e meglio ancora la sua forma speciale; questa era ovale con diametri 17 × 14 1[2; la superficie fetale non presentava nessuna anomalia, quella materna invece era deformata da una rilevatezza cospicua a forma ovale che si disegnava sopra uno dei poli di detta placenta. I diametri di questa tumescenza erano di 8 × 10, i bordi regolari si innalzavano bruscamente dalla rimanente superficie placentare; questa rilevatezza era formata da cotiledoni di tessuto, di consistenza e di aspetto normale (come quelli della rimanente focaccia placentare), sviluppatisi soltanto esageratamente — si trattava cioè di una iperplasia circoscritta di una zona placentare. Lo spessore di questa zona era di 3 cm. nelle parti più periferiche, mentre nel centro arrivava a 4 cm., quello poi della placenta principale era di soli 2 cm., un po' inferiore dunque della norma.

In questo caso il mancato distacco si comprende facilmente, quando si pensi che la zona più spessa, appunto per questa sua particolarità (come ho dimostrato più sopra), si sarà staccata più facilmente in seguito alle contrazioni e retrazione uterina dalla sua superficie d'impianto — per questo distacco le condizioni della restante placenta saranno divenute simili a quelle di una placenta molto piccola e poco resistente, perciò ridotto di molto il fattore più importante per il distacco placentare, cioè incongruenza fra la placenta non contrattile e la zona d'impianto contrattile.

centare non sviluppatosi in veri cotiledoni — e con ciò in rapporti più lassi con la parete uterina — avrebbe finito coll'arrivare alle membrane e farsi così strada fuori dai genitali.

Da queste osservazioni sia anatomiche che cliniche sulla rarissima forma di placenta detta membranacea o diffusa, vorrei concludere:

1.° Che la sua eziologia è legata ad uno sviluppo anormale dell'abbozzo primitivo, cioè: insufficiente accrescimento del corion frondoso e conseguente persistenza dei villi sul corion laeve (che così aumenterebbero la superficie di nutrizione fetale); da ciò possibilità di sviluppo di una placenta riflessa.

2.° Che perturba gravemente l'andamento fisiologico del secondamento, perchè per la sua conformazione speciale ne è impossibilitato il distacco normale: conseguentemente insorgenza di emorragie che richiedono il secondamento artificiale.

BIBLIOGRAFIA.

HOFMEIER. « Beiträge zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte der menschlichen Placenta. » *Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn.*, Bd. XXXV, S. 414, 1896.

HOFMEIER. « Die menschliche Placenta, » 1890.

KEILMANN. « Die Entwickelungs Bedingungen der Placenta praevia. » *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. 1, 1895.

AHLFELD. « Weitere Untersuchungen über die physiologischen Vorgänge in der Nachgeburtsperiode. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3.

FROMMEL. « Beiträge zur Frage der Wachsthumrichtung der Placenta. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3, 1897.

V. HERFF. « Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXV e XXXVI, 1896–97.

GESSNER. « Beiträge zur physiologie der Nachgeburtsperiode. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVII, Hft. 1, 1898.

GLÖCKNER. « Discussion zur Beiträge, etc. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3.

CZEMPIN, idem.

STRASSMANN, idem.

GOTTSCHALK. « Weitere Studien über die Entwickelung der menschlichen Placenta. » *Archiv für Gynäkol.*, Bd. XL, 1891.

AHLFELD. « Ueber die ersten Vorgänge bei der physiologischen Lösung der Placenta. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIII.

SCHROEDER. « Manuale di ostetricia. » Vallardi, Milano.

CUZZI. « Trattato di ostetricia e ginecologia. » Vallardi.

HERTWIG. « Trattato di embriologia dell'uomo e dei vertebrati. » Trad. Cioja. Vallardi, Milano.

Prof. L. M. BOSSI
Direttore della R. Clinica Ostetrica di Novara

SULL'INFEZIONE PUERPERALE A DOMICILIO

e sull'urgenza di modificare il vigente Regolamento Ostetrico (1)

MEMORIA INDIRIZZATA AL PROF. SANTOLIQUIDO
Direttore della Divisione di Sanità del Regno

È opinione di alcuni clinici che il laboratorio e lo sperimento debbano servire per confermare, sanzionare e spiegare i risultati clinici; è invece nel concetto d'altri, e sono i più, che spetti al laboratorio, allo sperimento il risolvere primamente gli ardui problemi scientifici della biologia, lasciando alla clinica la pratica applicazione dei corollarii che ne emergono.

Una recente memoria preventiva, pubblicata dai dottori Muscatello e Sacerdotti sotto la direzione del prof. Bizzozero (2), *sulla setticemia da streptococco,* riassumente un interessantissimo lavoro sperimentale tuttora in corso, ci fornisce la miglior prova di quest'ultimo principio, che cioè devesi dal laboratorio assurgere alla clinica, che le applicazioni cliniche devono avere per base i risultati forniti dagli studii sperimentali. Confermasi infatti ancora una volta in detto lavoro come debbansi distinguere varietà di streptococchi aventi diverse intensità di virulenza. Così nei loro studi riscontrarono streptococchi, che chiamarono *virulentissimi,* dei quali bastava $^1/_{100000}$ di c. c. di cultura in brodo-siero di 24 ore per uccidere in meno di un giorno un coniglio di 1200 gr., ed altro ne riscontrarono (il meno virulento su 4 varietà) che iniettato alla dose di un grammo di una coltura della medesima età, uccide il coniglio in circa 3 giorni. Studiarono in appresso se esista rapporto fra il grado di virulenza e la sensibilità dello strepto-

(1) « Regolamento speciale ed istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici nei Comuni del Regno. » Approvato con decreto del 23 Febbraio 1890.

(2) « Ricerche sperimentali sulla setticemia da streptococco. » *Riforma medica,* N. 53, 1898.

cocco a quegli agenti, che l'organismo mette in atto per arrestarne o ritardarne lo sviluppo, ecc.

Ora nello svariato campo delle infezioni puerperali ci accade ogni giorno di rilevare come, indipendentemente dallo stato di nutrizione e dell'apparente resistenza di ciascuna puerpera, le manifestazioni date dalla setticemia da streptococco sommamente variano da caso a caso, tanto nell'entità, che nella modalità.

E così, nel mentre in altre si hanno forti reazioni febbrili, con polso frequentissimo, con sintomi locali ben tosto appariscentissimi, quali la turgescenza dell'utero e degli annessi, la lochiazione fetente, il meteorismo, in altre invece, che hanno per l'appunto un esito il più soventi letale, le manifestazioni sono molto meno importanti perchè di poco si innalza la temperatura, lieve è il meteorismo addominale, pochissimo tumido e facilmente con poco dolore palpabile l'utero, punto o quasi punto fetenti i lochi, per modo che la gravità del caso a tutta prima si nasconde a chi non abbia una speciale esperienza in materia.

Sono queste le forme d'infezione puerperale più difficili a vincersi; esse fino all'ultimo illudono famiglie ed ostetricante, rapidamente invadendo tutto l'organismo e fanno pensare appunto dover in tali casi esistere streptococchi della massima virulenza i quali inoltre sono poco o punto sensibili agli agenti, che l'organismo mette in campo contro di essi, ovvero che questi agenti reattivi siano di ben poca entità. Ed infatti in tali pazienti, con pochissimi fenomeni reattivi, si ha una rapida, infrenabile diffusione del processo dal punto di partenza (dall'utero) agli altri visceri anche lontani quali le pleure, le meningi.

Unico sintomo è la frequenza del polso, la quale appunto sta a dimostrare l'insufficienza dell'organismo a reagire contro tanta veemenza d'invasione. E ciò poi che ancor più conferma i dati forniti dallo sperimento, si è che quando vi hanno varii casi di infezione provenienti dalla stessa origine, causati cioè in generale dalla stessa levatrice, le manifestazioni in tali casi sono tutte eguali. Così ad esempio come più avanti riporterò, ebbi non è molto a constatare tre casi d'infezione puerperale della stessa levatrice nei quali i fatti locali e la febbre erano lievi, ma in tutte tre si ebbe rapida comparsa di focolai alle pleure, alle meningi e la morte in pochi giorni chiuse il triste quadro. È evidente che quivi doveva trattarsi di uno streptococco virulentissimo, che conservò tale sua virulenza anche trasportato da un organismo ad

un altro, mantenendo la proprietà sua di rapidamente diffondersi, resistendo agli agenti messi in campo dall'organismo. Ora tali dati ci conducono evidentemente a riflettere come appunto i casi più gravi, nei quali maggiormente si imporrebbe un intervento rapido ed energico, a causa della subdola loro sintomatologia, vengono più tardivamente diagnosticati.

Ed è precisamente quanto ogni giorno va accadendo, in particolar modo per l'abitudine tuttora dominante di giudicare l'esistenza e la gravità della infezione puerperale in base *alla reazione febbrile* ed ai fenomeni locali (lochiazione fetente, tumescenza dell'utero e degli annessi) poco o punto badandosi al polso ed allo stato generale.

Nè si creda che la febbre puerperale sia, se non scomparsa, ridotta a proporzioni lievi. Essa domina tuttora e miete vittime in Italia più di quanto si creda e dalle statistiche appaia (1). *Ed a Milano, a Torino, a Genova, per citare tre fra i centri più civili nostri, ben mi consta come sono frequenti e soventi letali i casi.*

Le pene comminate, il concetto fattosi strada anche nel pubblico che l'infezione puerperale è quasi sempre colposa e devesi evitare, hanno fatto sì, che ben raramente vengono denunciate tali forme; donde si spiegano le rosee ed illusorie statistiche odierne, che contrastano coi fatti.

L'argomento quindi, di cui queste mie poche considerazioni portano il titolo, più che mai in oggi necessita sia insistentemente discusso, benchè anche in recenti Congressi, quali quello ostetrico di Roma del 1895 (2) e di Novi del 1897 (3) sia stato trattato abbastanza ampiamente.

Uopo è insistere finchè le necessarie riforme vengano concesse; *pulsate et aperietur vobis.* In poche circostanze l'evangelica massima ha tanto ragione d'essere applicata, ed in essa e nei troppo frequenti

---

(1) Dalle statistiche governative rilevasi che le morti per infezione puerperale in Italia dal 1887 al 1896 sarebbero state: nel 1887, 2504; nel 1888, 2451; nel 1889, 2106; nel 1890, 1682; nel 1891, 1633; nel 1892, 1530; nel 1893, 1774; nel 1895, 1514; nel 1896, 1292; ma su tali cifre ritorneremo.

(2) Riunione annuale della Società ostetrica italiana in cui si formulò ed approvò apposito ampio — anche troppo ampio — regolamento, col quale forse richiedendosi troppo si ottenne nulla.

(3) Congresso regionale ligure, Giugno 1897, presieduto dal prof. Canalis, in cui presentai un ordine del giorno sulle modificazioni appunto al regolamento ostetrico, che venne approvato ad unanimità.

lutti che per la poca istruzione e per l'insufficienza dell'attuale regolamento colpiscono le famiglie nel loro ente più sacro, trova la sua spiegazione la presente memoria.

***

Circa tre anni or sono chiamato in consulto presso una giovane puerpera infetta, moribonda, avendo voluto rintracciare le origini dell'infezione, mi fu dato constatare con prove come la stessa levatrice che aveva assistito quella paziente, estraendo dei grumi di sangue dalla cavità uterina senza neppur lavarsi, aveva avuto, nel volgere di 40 giorni, *sei altre puerpere infette, di cui 4 morte.*

Inutile soggiungere, che essendo stata denunciata detta levatrice, il processo, non si conosce come nè perchè, si arrestò lungo l'istruttoria.

È bene ed equo notare, che la levatrice in questione era fornita ed aveva fornito abbondantemente le famiglie di *acido borico.*

Qualche tempo dopo vidi pure un'altra infetta nella quale la levatrice, che già recentemente aveva avuta una puerpera morta per febbre puerperale, praticava da tempo tre lavature vaginali al giorno con soluzione d'acido borico e non migliorando, ma aggravandosi l'ammalata, si meravigliava con me perchè non agissero punto tali lavature e soggiungevami che aveva avuto poca febbre, che ai genitali non eravi fetore; io invece avevo rilevato che con una temperatura di 38-38.5 aveva 140 pulsazioni, e che non eravi fetore dei lochi.

Or fa circa un anno vedevo pure in consulto altra puerpera, che ritenevasi moribonda per polmonite, e riscontravo trattarsi d'infezione, che iniziatasi ai genitali in *tre* giorni si era propagata ai polmoni ed alle meningi. Da indagini fatte poi constatai come nel periodo di 20 giorni *la stessa levatrice* aveva avuto *altre due* puerpere morte pure in pochi giorni per rapida diffusione di processo infettivo dai genitali ai polmoni ed alle meningi.

All'ammalata moribonda veduta da me in consulto tolsi una certa quantità di sangue e ne feci, in unione al prof. Canalis, l'esame batteriologico, ma non si rinvennero streptococchi. Seppi come in tali tre pazienti non si erano notati grandi rialzi di temperatura, ed io riscontrai con 38.7 di temperatura, 150 pulsazioni.

La levatrice e le famiglie si meravigliavano si trattasse di infezione puerperale, perchè si erano fatte tante e tante lavature vaginali

con forti soluzioni di acido borico, e non avevano mai riscontrato (come *non* riscontrai io) fetenti i lochi.

Ultimamente operavo di forcipe una primipara, praticavo una buona disinfezione con sublimato e non essendo avvenuta alcuna lacerazione, raccomandavo alla levatrice di non toccare i genitali interni, di non fare alcuna lavatura vaginale e di limitarsi alla disinfezione esterna.

La vedevo un giorno dopo in ottimo stato e rinnovavo la stessa raccomandazione alla famiglia, pregando d'avvertirmi se qualche cosa di anormale si presentava. Tutto camminò, pare, regolarmente per una diecina di giorni, la puerpera allattava, la soddisfazione era generale.

Se non che la levatrice volle praticare delle lavature vaginali con acido borico; in *quattordicesima* giornata si iniziarono brividi di freddo e febbre; la levatrice si oppose a che io fossi chiamato, finchè in 16.ª giornata il medico di famiglia avvertito si impose a che io fossi avformato.

Corse dapprima un mio assistente, poi io stesso e riscontrammo una gravissima infezione puerperale fortunatamente limitata ai genitali. Basti il dire che la vagina era piena di pus.

La levatrice, che denunciai, si difese dicendo che aveva fatte molte lavature disinfettanti (!) con acido borico e che la febbre non era mai stata molto alta, che i lochi non erano mai stati fetenti.

Tali alcuni dei fatti clinici cui (per ragioni facili a comprendersi) in succinto senza particolari, fra i numerosissimi che, sia io, sia qualunque ostetrico, potrebbe moltiplicare, io scelsi fra i più recenti ed i più dimostrativi nei quali le note dominanti sono sempre:

1.° La gravità del caso in rapporto alla lieve entità dei fenomeni ritenuti quali i più indispensabili, la febbre, il fetore dei lochi, la tumescenza dell'utero e cioè infezione avanzata e temperatura relativamente poco alta, utero non grosso e lochi poco o quasi punto fetenti (senza, intendiamoci, disconoscere che il più delle volte lo sono moltissimo).

2.° Per tali ragioni indugio nella levatrice e nella famiglia a chiamare il sanitario.

3.° Trattamento prima, durante e dopo il parto di lavature vaginali numerose e abbondanti con soluzioni d'acido borico fatte dalla levatrice, che in base ai suesposti fatti ed a tale pratica, mette al riparo la sua responsabilità e si trincera dietro il regolamento e le istru-

zioni governative per l'assistenza del parto, regolamento ed istruzioni (1) che, come è noto, non tenendo calcolo pei sospetti di infezione, che dalla temperatura, nessun cenno fanno del polso e prescrivono vengano fatte le disinfezioni delle mani, dei genitali esterni, dei genitali interni con soluzioni d'acido borico.

Non occorrono dunque altre argomentazioni per spiegare come e perchè io trovandomi a dirigere, oltrechè una Clinica ospitaliera, una istituzione per l'assistenza gratuita delle partorienti povere a domicilio, la quale annualmente presta l'opera sua a centinaia di povere madri, in ambienti i più miseri ed antigienici, mi sento coscienziosamente in dovere di sollevare ancora una volta la grave questione riflettente i vigenti sistemi dell'assistenza delle partorienti in base al suesposto regolamento e annesse istruzioni.

L'evoluzione rapida compiutasi dalla moderna ostetricia in base alle teorie antisettiche è nota.

Or fa un ventennio circa (ed in alcuni centri, come Genova, si potrebbe dire or fa un dodicennio) verificavasi il fatto, che negli Istituti Ospitalieri di Maternità (Cliniche e Maternità) la percentuale dei casi d'infezione era di molto superiore a quanto si avverava a domicilio. Tant'è che in qualche Clinica man mano veniva a mancare il materiale clinico di insegnamento perchè le gestanti, spaventate dalla grande mortalità, non ricorrevano a tali Istituti se non per necessità assoluta.

Eravamo nell'epoca in cui le teorie antisettiche non erano ancora state dovunque applicate, ed accadeva perciò che, nel mentre a domicilio i casi d'infezione più difficilmente si diffondevano dall'una all'altra partoriente, negli Ospedali invece tale diffusione diveniva si può dire continua, stante la degenza di tante pazienti negli stessi ambienti. Introdotta poi l'antisepsi, come d'abitudine accade di tutte le innovazioni, questa ebbe le sue prime applicazioni negli Istituti clinici, e ne venne di conseguenza che si invertirono in modo appariscentissimo i termini e cioè si ridussero a pochissimi i casi di infezione negli Ospedali, e si mantennero relativamente numerosi a domicilio.

Adagio adagio però le teorie antisettiche si fecero strada anche a domicilio, ove pure la infezione andò pure diminuendo notevolmente,

---

(1) « Regolamento speciale ed istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici nei Comuni del Regno » del 23 Febbraio 1890.

senza però mai raggiungere le proporzioni tanto minime degli Istituti di Maternità. Se non che l'evoluzione non era ancora compiuta.

L'entusiasmo dei primi risultati portò oltrechè all'uso, come di soventi accade, anche all'abuso degli antisettici.

E tutte le puerpere nelle sezioni ospitaliere di regola, oltrechè alle tante lavature in sopraparto, subivano due o tre irrigazioni vaginali antisettiche al giorno. Ne vennero evidentemente dei casi di avvelenamento, i quali, aggiunti alle teorie sull'asepsi, condussero man mano a ridurre a termini molto limitati gli antisettici, e ad adottare in ostetricia l'asepsi, a sostituire cioè agli antisettici la bollitura.

La nuova evoluzione diede e dà splendidi risultati negli Istituti Ospitalieri, ove l'ambiente ovunque venne modificato in modo da essere sufficientemente adatto a questa pratica, che certo nessuno più abbandonerà.

Ma anche quivi si ebbe e si ha l'esagerazione; si pretese cioè di estendere in modo assoluto gli stessi metodi a domicilio, senza pensare che quivi l'ambiente, i mezzi ed il personale tecnico, sono sempre deficienti per una applicazione pratica, quale è l'asepsi, che tutta è basata sull'osservanza scrupolosa, e dirò anzi pedante, di fatti e circostanze minime. E la conseguenza si fu e si è che in oggi, in cui la asepsi ha soppiantato l'antisepsi, negli Ospedali l'infezione e gli avvelenamenti d'antisettici sono pressochè scomparsi, a domicilio invece, ove gli stessi mezzi si vollero applicare, l'infezione miete vittime in proporzioni maggiori, che non durante il breve periodo dell'era antisettica.

In brevi parole così potrebbesi riassumere quanto esposi:

Avanti le teorie antisettiche	Maggior percentuale d'infezione negli Ospedali che a domicilio.
Introdotte le teorie antisettiche	Ancor notevole percentuale d'infezione a domicilio, ridotta ai minimi termini negli Ospedali, ove però si hanno alcuni casi d'avvelenamento d'antisettici.
Succede un breve periodo di transizione in cui l'antisepsi viene assai applicata anche a domicilio	Persiste negli Ospedali lo stesso ottimo risultato; a domicilio si riduce pure d'assai l'infezione, avendosi però qualche caso d'avvelenamento.
Applicazione dell'asepsi e abbandono relativo degli antisettici	Ottimi risultati negli Ospedali ove cessano gli avvelenamenti senza che aumenti la percentuale di infezione; aumenta a domicilio la percentuale di infezione

Così esposta l'evoluzione dell'ostetricia moderna parmi assai chiara, e ovvie dovrebbero sembrare a tutta prima le conclusioni a dedursi.

Ma la questione non pare tanto facile a risolversi, ove si considerino i molti dispareri non solo, ma gli erronei termini in cui essa venne messa. La discussione infatti al riguardo variamente e lungamente dibattutasi in accademie ed in pubblicazioni venne così posta: devesi nella pratica ostetrica praticare *l' antisepsi* o limitarsi *all' asepsi? Asepsi* od *antisepsi in ostetricia,* ecco il bivio creatosi, e non si pensò che fra tali due vie, fra tali due metodi, che rappresentano i due opposti trattamenti basati sulla stessa teoria, vi ha una via di mezzo utile a seguirsi, la quale permette di approfittare dei vantaggi dell'uno e dell'altro, quella cioè di opportunamente fare nel contempo ove l'asepsi ed ove l'antisepsi, a seconda delle manualità, delle circostanze e delle parti su cui si agisce.

Nulla di più errato, nulla che più castri, mi si passi il termine, il buon senso ed il raziocinio, che il teorismo eretto a sistema, nulla di più fatale anche nelle cose più buone del dottrinario sistematico.

E così è avvenuto per rapporto all'assistenza al parto, poichè bastarono pochi casi di avvelenamento per acido fenico o per sublimato corrosivo per condurre molti ostetrici alla sistematica abolizione degli antisettici, inaugurando con un pericoloso assolutismo l'era dell'*asepsi* senza pensare, che altra è la pratica negli Istituti Ospitalieri e ben altra quella a domicilio specialmente dei poveri.

Il clinico che non opera se non circondato da uno stuolo di assistenti, levatrici e infermieri in ambiente tutto pulito, lindo, non può farsi un concetto di tale differenza se non varca la soglia della soffitta del povero, di certe oscure, umide e luride topaie, che nei grandi centri come Genova, devono servire d'alloggio alla famiglia dell'operaio, di cui la madre partoriente non può assentarsi, giacchè dal letto del dolore deve dirigere la misera e non di rado numerosa prole.

Ma ciò che più importa notare e per cui venni nella decisione di scrivere queste poche considerazioni, si è che in Italia non solo si passò da esagerazione in esagerazione, ma si stabilì ufficialmente per la pratica privata *un metodo di assistenza al parto,* che per se stesso è:

1.° un pericolo perenne per le pazienti;

2.° una patente contraddizione ai recenti e ben stabiliti responsi della clinica e della batteriologia in quanto riguarda la sintomatologia, l'entità e le cure della infezione puerperale;

3.° nel contempo una vana vessazione alla levatrice.

Alludo al metodo prescritto dal regolamento governativo per l'assistenza del parto a domicilio per le levatrici. Tale regolamento, che giunse certo in buon punto per disciplinare la pratica ostetrica fino allora abbandonata in modo veramente vituperevole all'empirismo, ai pregiudizii ed all'ignoranza, invero segnò un reale e grande progresso in rapporto agli obbiettivi che si prefiggeva e certo costituisce un non lieve titolo di benemerenza per chi lo promosse e lo compilò.

Otto anni però sono trascorsi e gli studii, sia ostetrici che batteriologici, seguirono una evoluzione progressiva tale da condurci all'accertamento clinico-sperimentale di fatti, che avanti erano forse in discussione. Le modificazioni da introdursi riflettono sia *lacune*, sia *errori* sanciti da tale regolamento, dannosissimi e talora fatali, che perciò *urge* correggere e possono distinguersi in quattro gruppi e cioè:

1.° per rapporto alla assistenza al parto e precisamente alle sostanze antisettiche, non dico concesse, ma imposte ufficialmente alla levatrice;

2.° per rapporto alla sintomatologia e perciò alla diagnosi ed alla denuncia dei casi sospetti d'infezione puerperale;

3.° per rapporto ad un eccesso di minuziosità in pratica difficilmente ottenibili e nel contempo alla dimenticanza di qualche speciale prescrizione che dovrebbesi ritenere di necessità;

4.° per quanto riguarda la profilassi ginecologica di cui nessun calcolo si tiene nel regolamento.

E per essere chiari e brevi passiamo senz'altro in rivista tali quattro gruppi di errori per dimostrarne coi fatti la reale esistenza e suggerirne gli opportuni emendamenti, *stabilendo così le basi sulle quali dovrebbe fondarsi l'assistenza al parto in relazione ai più recenti responsi dello sperimento e della clinica.*

I.

Per rapporto all'assistenza al parto e precisamente alla sostanza antisettica ufficialmente imposta alla levatrice.

Nelle istruzioni annesse al regolamento è scritto all'art. 1.°: « Ogni levatrice chiamata ad assistere una partoriente deve portar seco:

A) Una busta contenente gli oggetti seguenti:

1.° Un irrigatore della capacità di un litro, con tubo di gomma

munito di chiavetta e due cannule vaginali di vetro da adattarvi per le irrigazioni;

2.° Spazzola, forbici e lima per le unghie, ecc.

B) Mezzi di disinfezione:

1.° *Acido borico gr. 200 in cinque cartine eguali, di cui una verrà sciolta volta per volta in un litro d'acqua bollita ancora calda o riscaldata, da servire per le irrigazioni vaginali, per la disinfezione degli strumenti e delle mani.*

2.° Sapone.

3.° Cotone fenicato o al sublimato per lo zaffo vaginale. »

Ed all'art. 2.°: « La levatrice, giunta presso la partoriente, avrà anzitutto cura per quanto è possibile, che la camera per il parto e tutto gli oggetti occorrenti siano in buone condizioni igieniche, e sopratutto che la biancheria sia di bucato, quindi:

1.° *Preparerà due litri della soluzione antisettica di cui all'articolo* 1.°, *B.*

2.° *Verserà una quantità sufficiente di questa soluzione in una scodella, ed in essa terrà immersi,* ALMENO PER DIECI MINUTI, *gli istrumenti da adoperare nel corso del parto, vale a dire la cannula dell'irrigatore, il catetere e forbici.*

3.° Dopo essersi rimboccate le maniche dell'abito fino al di sopra del gomito, laverà le proprie mani e avambraccia con sapone, curando la pulizia delle unghie con forbici, lima e spazzola.

Vestirà quindi il grembiale e *rilaverà le mani ed avambraccia* con la *detta soluzione antisettica; la prima lavatura delle mani durerà complessivamente non meno di cinque minuti.* »

Ed all'art. 2.°: « *Preparerà quindi, nel modo sopraindicato, un altro litro di acqua antisettica,* ne verserà *una metà in un catino ben pulito, e con essa* LAVERÀ NUOVAMENTE LE MANI, *ed indi procederà* SENZA ASCIUGARSI ALL'ESPLORAZIONE VAGINALE. *La lavatura delle mani, fatta colle stesse norme, sarà ripetuta ogni volta che nell'ulteriore assistenza al parto essa dovrà procedere ad una nuova esplorazione.* »

Ed all'art. 5.°: « A contatto dei genitali la levatrice non metterà altro che cotone fenicato o al sublimato, o *pezzuole di bucato bagnate nella soluzione antisettica suaccennata.* »

Ed all'art. 6.°: « Terminato il parto, esaminerà attentamente placenta e membrane, che dovranno essere conservate in caso non siano

complete per essere sottoposte all'esame del medico. *Dipoi, praticherà un' irrigazione vaginale colla soluzione antisettica riscaldata, rimuoverà la biancheria sudicia* di sotto la puerpera facendo portar via detta biancheria dalla camera, ed infine curerà che sia ben pulito pure il pavimento della camera stessa da ogni materia eterogenea. »

Ed all'art. 7.°: « *Nei primi cinque giorni avrà cura di lavare giornalmente con la soluzione antisettica i genitali esterni;* e NEI CASI DI LOCHIAZIONE SOSPETTA, FARÀ PURE IRRIGAZIONI VAGINALI COLLA SOLUZIONE ANZIDETTA, e chiamerà il medico a tenore dell'art. 3.° di questo regolamento. Nel fare queste lavature adopererà o l'irrigatore o pezzuole di bucato o cotone antisettico *imbevuto nel liquido antisettico.* »

Ed all'art. 9.°: « *Inoltre la levatrice in questo frattempo si laverà ripetutamente le mani e gli avambracci* COLLA SOLUZIONE ANTISETTICA, *giusta le norme prescritte dall'allinea 3.° dell'art. 2.° delle istruzioni.*

Ed all'art. 12.°· « *Gli strumenti adoperati dalla levatrice saranno volta per volta puliti e disinfettati immergendoli in acqua semplice, che verrà portata all'ebollizione e poi tenendoli in acqua antisettica.* PER GLI STRUMENTI DI GOMMA BASTERÀ LA LAVATURA E L'IMMERSIONE IN ACQUA ANTISETTICA. »

Appare dunque chiaramente come tutta l'assistenza antisettica (se tale si può chiamare) del parto e del puerperio imposta ufficialmente alla levatrice deve farsi con soluzione di acido borico a circa il 3 1[2 per cento; con essa devonsi disinfettare gli istrumenti, le mani, i genitali esterni e *in casi di lochiazione sospetta* la vagina (art. 3.° delle istruzioni).

Ora, conoscendosi la patogenesi della febbre puerperale essere il più delle volte una streptococciemia e sapendosi, che anche soluzioni d'acido borico sature nessun effetto hanno sugli streptococchi, facile è comprendere come si impongono alla levatrice norme illusorie non solo, ma pericolosissime. Il potere antisettico dell'acido borico è assai lieve; streptococchi e stafilococchi sopravvivono a lungo in soluzioni sature di esso mantenendo la loro facoltà di rapida riproduzione.

È noto d'altronde che in batteriologia l'acido borico al 2 0[0 si usa per separare i saprofiti dai batteri patogeni giacchè, nel mentre uccide i micrococchi saprofiti in 10 minuti, non uccide i batteri patogeni.

Con il sistema quindi sopra prescritto l'assistenza al parto non è nè *asettica* nè *antisettica, volendo essere, ciò che è più grave, antisettica,*

1.° Non è *asettica* perchè nulla è sterilizzato, nulla bollito all'infuori dell'acqua per la soluzione.

E così:

a) La soluzione viene versata in bottiglie, scodelle e catinelle (art. 1.°, *B*, comma N. 1 e art. 2.°, comma N. 2 della istruzione) lavate con acqua comune ma non certo asettiche.

b) Si prescrive lingeria di bucato non sterilizzata, ed ai genitali esterni si permette l'applicazione di pezzuole non bollite, ma semplicemente imbevute nella nota soluzione (art. 5.°, comma 2.°).

c) Gli istrumenti, irrigatore, *cannula vaginale*, catetere, forbici non si prescrive siano fatte bollire ma semplicemente tenuti per 10 minuti in una soluzione borica.

Il tutto insomma è condotto in base al concetto dell'antisepsi e cioè in base alla convinzione che la soluzione borica sia un antisettico sufficiente.

2.° Non è antisettica l'assistenza perchè nessun antisettico di valore sufficiente si usa e così:

a) Non sufficiente è la disinfezione delle mani affidata tutta al sapone, spazzola ed acido borico che è prescritto possa durare anche cinque minuti soli; non meccanicamente perchè, ammesso tale mezzo, non bastano cinque minuti; non chimicamente pel valore nullo o quasi dell'acido borico.

A tale riguardo sono noti i lavori di Fürbringer, di Reinicke, di Krönig, ecc.

Reinicke, Ahlfeld e Vahle, in base alle loro esperienze, ammettono che sia possibile liberare con sicurezza da tutti i microbi vegetali viventi la cute della mano senza recarle gran danno, sia meccanicamente che chimicamente, e massime con lavacri nell'alcool.

Fürbringer, che fu il primo a consigliare l'alcool nelle disinfezioni delle mani, in una rivista critica dei nuovi lavori pubblicati su questo argomento, conchiude associandosi all'opinione di Reinicke e di Ahlfeld.

Landsberg e Krönig credono invece che il lavacro con l'alcool non costituisca che un'apparente disinfezione delle mani. Le ricerche batteriologiche di Krönig hanno dimostrato in modo convincente che nè il metodo del Fürbringer, nè quello del Reinicke, anzi nessuno dei metodi finora adoperati per la disinfezione delle mani raggiunga lo scopo prefisso. Fürbringer non ritiene plausibili le ricerche e le obie-

zioni del Krönig; ma presto o tardi sarà deciso se esse sieno un « falso allarme » o un colpo bene aggiustato che ha aperto una larga breccia nelle vedute ottimiste che fino a poco tempo fa erano quasi generalmente accettate in riguardo alla disinfezione delle mani.

Fürbringer dice che gli innumerevoli chirurghi che da otto anni usano il suo metodo, non hanno espresso nessun desiderio di averne un altro; ma che questo vero desiderio già da lungo tempo si fosse sentito in seguito ai disinganni clinici, risulta dalle pubblicazioni dei chirurghi e ginecologi che dispongono di molto materiale operativo.

Senza dubbio l'alcool nel 70 0|0 dei casi ha nella disinfezione delle mani dei vantaggi che nessun altro mezzo finora ha manifestato in modo così accentuato. Questi vantaggi sono dovuti alle tre importanti proprietà che ha l'alcool: 1.° potere battericida contro le forme vegetali poco resistenti; 2.° in breve tempo esso bagna e imbeve tutti gli strati dell'epidermide che non sono direttamente alimentati dalla linfa; 3.° non lede la cute della mano. Però l'alcool ha il notevole difetto di essere in qualunque concentrazione del tutto inefficace contro le forme batteriche durature. Questo fatto fu accertato fin dal 1881 da Roberto Koch, che potè conservare per mesi interi le spore di carbonchio nell'alcool senza che ne ricevessero alcun danno.

Usando l'alcool per la disinfezione delle mani, gli strati superficiali della pelle si raggrinzano ed i singoli elementi di questa si serrano strettamente l'uno vicino all'altro. Le forme microbiche vegetali poco resistenti che si trovano nell'epidermide vi rimangono, se non poterono essere allontanate meccanicamente, e dopo avvenuta l'imbibizione dell'alcool, vi si trovano come corpi morti innocui. Ma le forme batteriche durature molto resistenti conservano la loro vita e sono racchiuse dall'epidermide. Quest'imprigionamento dei microbi rimasti illesi è transitorio. Evaporato l'alcool, per mezzo dei liquidi acquosi, che agiscono sulla cute dall'esterno o derivano dalla cute stessa, può avvenire gradatamente una nuova imbibizione d'acqua quand'anche incompleta pel contenuto di adipe. I singoli strati si rigonfiano di nuovo, i batteri sono messi in libertà, escono fuori dall'epidermide e passano nelle vicinanze. Se quivi si trova una ferita, e quelli appartengono ai germi delle infezioni delle ferite, si avrà una complicazione della ferita stessa, risultato che dev'essere assolutamente scongiurato quando si adoperi un disinfettante della cute.

Ogni disinfettante deve possedere tre qualità, che sono *assolutamente* necessarie per la disinfezione delle mani. Essa deve in primo luogo impregnare dei suoi elementi tutte le parti dell'epidermide senza alcun riguardo all'adipe cutaneo ed alla stratificazione dell'epidermide; in secondo luogo deve rendere innocui in un tempo relativamente breve tutti i microbi che si trovano nella e sull'epidermide, ed anche le loro forme durature; in terzo luogo non deve intaccare la cute.

Sino a che non si conosce una sostanza, che abbia nello stesso tempo le qualità enumerate, non può esservi una disinfezione delle mani assolutamente sicura.

L'alcool possiede certamente in grado notevole due delle qualità richieste, ma la terza solo imperfettamente. E pur troppo bisogna confessare che per ora non è molto grande la probabilità di acquistare siffatto rimedio, perchè le soluzioni antisettiche *acquose* potenti non possono penetrare profondamente nella cute, mentre i disinfettanti in soluzione *alcoolica* secondo Krönig e Paul hanno energica azione battericida solo quando la concentrazione dell'alcool è debole, e quindi l'azione nella profondità viene a diminuire.

Ma quest'affermazione alquanto sconfortante non ci deve trasportare al sacrifizio delle esigenze dovute.

Naturalmente per ora si ha tutto il diritto e il dovere di vantare l'uso di quei metodi di disinfezione delle mani, che attualmente dànno i migliori risultati. Non è lecito però dichiararsene soddisfatti.

Da molti anni Zweifel, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Lipsia, con la sua scuola, si è espresso senza riserva per l'impossibilità di praticare un'esatta disinfezione delle mani. Molti chirurghi hanno avuto spesso da lamentarsi di questa lacuna nella tecnica dell'asepsi.

A questi autori bisogna essere riconoscenti perchè apportarono un miglioramento nel metodo e raccomandando *i guanti per le operazioni* indussero un completamento nella tecnica dell'asepsi, che sebbene non perfetto, pure si ripromette di compensare in parte la deficienza della disinfezione delle mani e il pericolo di toccare la ferita con sostanze infette.

Dopo gli articoli di Mikulicz e di Perthes, nella Clinica ostetrica di Lipsia si adoperarono nelle operazioni sempre i guanti di *tricot* sterilizzati a vapore, e basandosi su questa larga esperienza C. Menge,

assistente presso detta Clinica, indica i pregi e qualche difetto di tale sistema.

Il principale pregio dei guanti consiste naturalmente in ciò che la mano dell'operatore e degli assistenti che sono in diretto contatto del campo della ferita, sono fornite di un rivestimento sterile. Un altro vantaggio è in questo che specialmente nelle operazioni addominali, gli organi che facilmente scivolano di mano, con i guanti di *tricot* si lasciano afferrare meglio che con le dita scoverte.

Un notevole disappunto è la loro grande porosità, per la quale Mikulicz raccomanda di cambiare spesso i guanti, specialmente nelle operazioni che durano a lungo. Zweifel ovvia quest'inconveniente operando *assolutamente all'asciutto,* usando materiale per sutura secco e strumenti bolliti, ma di nuovo asciugati e posti in pezzuole asciutte.

Tra gli svantaggi che presentano i guanti, il più importante è che il tatto, la motilità e l'agilità delle dita ne soffrono; ma l'esercizio e l'abitudine vi riparano certamente.

Infine quando l'operatore ha assolutamente bisogno del tatto delicato, può mettere da parte i guanti per un momento. Fritsch accenna ad un altro inconveniente dei guanti di *tricot:* alla lesione dei tessuti vivi per opera della superficie ruvida dei guanti stessi.

Perthes conviene naturalmente in ciò, che i guanti non rappresentano mai un surrogato della disinfezione delle mani, neanche quando essi sieno del tutto impermeabili.

Si è talora costretti a togliersi i guanti durante l'operazione, epperciò la disinfezione delle mani deve praticarsi precedentemente nel modo più scrupoloso. Alcuni chirurghi studiarono con premura di migliorare la tecnica, Zvege v. Manteuffel, che già prima della pubblicazione di Mikulicz, aveva raccomandato i guanti di gomma, provò dopo una stoffa impermeabile all'acqua. Perthes per evitare la diminuzione del tatto, si valse di seta fina. Wölfler infine si servì dei guanti militari e dei guanti di *tricot* e seta gommati. Del pari non si raggiunse lo scopo impregnando i guanti di *tricot* col collodion e con olii diversi, paraffina liquida, acido palmitico, ecc.

Tali cenni bibliografici volli pur esporre per meglio dimostrare di quanta gravità sia il fatto di prescrivere una tanto insufficiente disinfezione di mani alla levatrice. Continuando:

b) Come non fatta disinfezione degli istrumenti in ispecie della

cannula vaginale, nonchè dei recipienti, giacchè 10 minuti di immersione in soluzione borica (ed anco un'ora) lascieranno liberamente sopravvivere i batteri patogeni se ve ne sono.

c) Illusoria con tale soluzione la disinfezione dei genitali, sia esterni che interni.

Non *asepsi* dunque, nè *antisepsi*, ma l'*illusione di praticare l'antisepsi;* ecco la condizione in cui è posta la levatrice dalle istruzioni vigenti. E se, come può accadere e accade, sulla lingeria, sulle mani, nell'irrigatore, nei recipienti, sugli istrumenti in ispecie sulla cannula vaginale trovansi annidiati elementi infettivi, streptococchi, quale colpa potremo noi fare alla ostetricante se insorgerà un'infezione puerperale?

Le deduzioni a farsi sono le seguenti:

1.° Si abolisca senz'altro dal novero degli antisettici in ostetricia l'acido borico, il quale senza essere clinicamente antisettico costituisce un continuo inganno, inducendo in chi assiste il parto una falsa sicurezza, che facilmente conduce a trascurare le molte regole di pulizia, le molte precauzioni che dovrebbero accompagnare ogni minimo atto durante l'assistenza.

2.° Due indiscutibili ragioni rendono incerta e pericolosa l'applicazione dell'asepsi a domicilio, e cioè:

a) L'ambiente ben soventi punto igienico, ove maggiormente necessitano precauzioni scrupolose, come presso i poveri, che costituiscono la maggioranza e non posseggono mezzi finanziari per provvedersi soventi neppure dell'essenziale. È facile quindi comprendere che, particolarmente in città, in alloggi ristretti, privi di luce, in camere ove più persone si agglomerano, tutto quanto si tocca o tocca la paziente può essere origine d'infezione, qualora mani, strumenti, recipienti e genitali esterni non siano previamente muniti di sostanze sufficientemente antisettiche.

b) Il grado d'istruzione della levatrice impari sempre alla missione, le condizioni della famiglia, le molteplici circostanze accidentali che accompagnano parto e puerperio, sono tali considerazioni da non permettere di avere un serio e coscienzioso affidamento che a domicilio l'asepsi sia veramente mantenuta tale.

Riservandoci quindi di adottare, come io adotto da anni, la sola asepsi negli Istituti ove siavi la certezza di poterla ottenere così pel personale che per l'ambiente, si imponga per l'assistenza del parto a

domicilio *la vera antisepsi,* concedendo alla levatrice l'uso del più sicuro dei disinfettanti, e cioè del sublimato corrosivo, che deve sostituire nelle istruzioni l'acido borico.

Nè temere si devono intossicazioni quando, sia nelle Scuole ostetriche, sia in conferenze, bene si insegni in quali limiti debbasi usare.

Forsechè tutti i giorni non si affidano alle pazienti stesse ginecologiche prescrizioni di sublimato corrosivo per lavature vaginali? Da *dodici* anni a centinaia a centinaia di ammalate io affido numerose dosi da mezzo ad un grammo di sublimato alle mie ammalate e posso affermare di non avere *mai avuto a lamentare* inconvenienti degni di nota. O che dunque non potremo avere nella levatrice che ha compiuto un corso di due anni di studii teorici e clinici, quella fiducia che quotidianamente riponiamo in pazienti profane, ben sovente non completamente equilibrate di nervi?

II.

Per rapporto alla sintomatologia, epperciò alla diagnosi ed alla denuncia dei casi sospetti.

Il regolamento così si esprime all'art. 3.°: « La levatrice è obbligata a far chiamare il medico non appena nell'andamento del parto o del puerperio si manifesti qualche atto irregolare, e non appena la temperatura, presa col termometro tenuto nel cavo ascellare per 15 minuti, superi 38 gradi centigradi. »

Ed all'art. 4.° prescrive: « Mancando il medico, la levatrice, tosto che la temperatura presa come sopra superi nella puerpera i gradi 38 e mezzo, ne farà denunzia all'autorità municipale perchè provveda. In caso di omissione, la levatrice sarà punita con le pene comminate dal secondo capoverso dell'art. 45 della legge 22 Dicembre 1888. »

La ritardata diagnosi è anzitutto la causa della mortalità che in oggi, coi mezzi che possediamo, potrebbe essere ridotta anche per le infette ai minimi termini.

Domina ancora in generale l'opinione che debba esistere la così detta *febbre del latte,* e questa opinione fa attribuire soventi a fenomeno di lattazione ciò che è proprio d'infezione insorta.

E come talora troppo poca importanza viene data agli squilibrii intestinali nel puerperio, altre volte eccessivamente si calcola su essi per spiegare rialzi nella temperatura e particolarmente nel polso, e

meteorismo che dovrebbe condurre a sospettare invece la presenza di elementi infettivi.

Non è poi necessario soggiungere quante febbri puerperali sono battezzate per accessi d'influenza e per tifoide!

L'argomento però su cui maggiormente credo necessario soffermarmi si è sulla *non sufficiente importanza che in generale si attribuisce alla frequenza del polso nel puerperio.*

Sappiamo come una delle caratteristiche appunto del puerperio è la rarità del polso, il quale raggiunge non di rado le 50 ed anche 40 battute al minuto primo con completo benessere della paziente, polso tanto caratteristico che venne in modo particolare classificato col nome di *polso puerperale del Blot,* spiegazione razionale del quale fenomeno sarebbe evidentemente il minor lavoro funzionale che il cuore, dopo effettuato il parto, deve compiere, essendo privato di una considerevole area circolatoria quale è la feto-placentare.

Ora è un fatto costante, che anche l'osservazione più superficiale fa rilevare, come la miglior garanzia che si possa avere nel decorso fisiologico del puerperio stia nella *relativamente poca frequenza del polso,* e dico relativamente, perchè esso è generalmente proporzionale a quello che esisteva durante la gravidanza, diminuendo in media dopo il parto di 20-25 battute al minuto primo, in modo che un polso che prima aveva la frequenza di 80 al minuto primo, poi diventerà fisiologicamente di 60; se di 70 diventerà di 55-50. Sonvi poi circostanze che di poco rasentando lo stato patologico fanno aumentare questa frequenza, quali le perdite sanguigne alquanto superiori al normale, gli squilibrii intestinali, i patemi d'animo, i dolori fisici, ma tale aumento è in generale, in particolar modo per le ultime circostanze, di breve durata e non è notevole, dando luogo a non più, in media, di 100-110 pulsazioni.

Può insorgere poi una complicanza puerperale qualsiasi d'indole medica, quale la polmonite, la tifoide, ecc.; ed in questi casi la frequenza del polso in generale se il cuore è sano, è relativa al rialzo di temperatura, avendosi p. es. a 40° una pulsazione di 100-110, al *maximum* 120.

Se invece la complicazione puerperale è data da *infezione,* allora non esiste *mai* la proporzione fra la temperatura ed il polso, *divenendo questo sempre di frequenza assai maggiore relativamente all' intensità della febbre.*

E così con una temperatura di 40° avremo non meno di 140 pulsazioni, con una di 38°-39° non meno di 125-130. Ed è qui notevole il fatto constatato, e che darebbe ragione alle odierne teorie sull'indole e sull'effetto della febbre, che quanto maggiore è la temperatura nelle infezioni puerperali, generalmente tante maggiori speranze di guarigione offre la paziente, ben si intende quando il polso non raggiunge limiti elevatissimi quali i 160-170.

Sonvi così due modalità di decorso della febbre puerperale; in una le temperature, pur presentando delle remissioni, si mantengono alte ed il polso relativamente anco più alto, ed in questi casi il più delle volte l'infezione o si spegne o si circoscrive e l'ammalata sopravvive.

Nella seconda modalità la temperatura si mantiene abitualmente di poco superiore al normale, volgendo da 37. 5 ai 38. 5-39, nel mentre il polso batte sempre frequentissimo, dai 120 ai 140, 165, così d'aversi ad esempio T. 38° e polso 120-130, e in questi casi l'ammalata assai sovente soccombe nelle prime otto giornate di puerperio.

Fausto quindi è il pronostico per la prima modalità, assai infausto per la seconda.

Si è il secondo modo di decorrere della infezione che tanto e tanto soventi trae in errore il sanitario e quasi sempre la levatrice, e che sarebbe provocato il più delle volte da streptococchi della massima virulenza, i virulentissimi di Muscatello e Sacerdotti. Non vi ha quasi febbre, non c'è nulla di grave! È questa l'espressione con che si classifica tale secondo tipo di febbre puerperale, e colla quale si illude la famiglia e ciò che è peggio, *si perdono i giorni più preziosi per l'intervento.* Solo s'accorgono del pericolo quando le condizioni generali si sono aggravate in modo manifesto anche pei profani, quando l'infezione da locale si è fatta generale, si è diffusa alle sierose, quando gli interventi locali non hanno più efficacia alcuna, e nessun mezzo, neppure la laparotomia, può riparare l'organismo dalla generale intossicazione.

Si affannano allora a chiedere il soccorso all'uomo dell'arte, ma l'arte ha dei limiti contro i quali essa è impotente; ed altrettanto può riescire utile, anzi direi soventi quasi miracolosa, quando l'infezione è limitata ai genitali, alla cavità uterina a mezzo di irrigazioni endouterine ripetute ed anche, non bastando queste, col raschiamento, al-

trettanto riesce passiva se i focolai d'infezione si sono già sparsi a mantenere varii centri d'intossicazione.

Riassumendo quindi; quasi solo l'infezione puerperale (le mastiti suppurate danno pure il polso frequente, ma esse oltrechè facili a diagnosticarsi, insorgono dopo parecchi giorni di puerperio), dà un *polso di eccezionale frequenza;* può la temperatura essere quasi normale, e l'infezione grave, ma la *frequenza notevolissima del polso* è sintomo che non manca. A tale sintomo quindi sopratutto rivolgasi l'attenzione, e pur non trascurando la temperatura, sempre si abbia nel puerperio di mira il polso. Nè sarebbe male, scrissi già in memorie precedenti, per quanto possa apparire un'esagerazione, che si imprimesse nella mente così dei sanitari che delle levatrici a guisa di legge, che nel puerperio la *sproporzione fra polso e temperatura con predominio della frequenza nel polso, è sintomo in generale patognomonico di infezione puerperale.*

Ciò servirà certo ad evitare molte e molte catastrofi, mettendo in condizioni chi assiste la puerpera, di diagnosticare in tempo tale complicanza sempre grave invero, ma che fortunatamente in oggi, se *combattuta per tempo,* quasi sempre si vince. Stabilita la diagnosi, riesce evidente come sia di somma importanza che il trattamento messo in campo tosto sia efficace *non già a base di acido borico.*

Gli inconvenienti che dai citati articoli del regolamento derivano sono dunque manifesti; un falso indirizzo per la diagnosi dell'esistenza o di sospetto di febbre puerperale, e nel contempo una eccessiva vessazione per la levatrice, che, se stesse *ad litteram* al regolamento, che prescrive di chiamare il sanitario tosto che la temperatura sale a 38°, ben pochi sarebbero i casi in cui non dovrebbe nella pratica a domicilio ricorrervi, ben sapendosi come tale lieve rialzo di temperatura si possa avere facilmente sia per disturbi intestinali, sia per ingorgo mammario transitorio, sia per il trauma stesso del parto.

Nè è a credere che tale eccesso dirò di precauzione possa ritenersi indirettamente utile onde sia chiamato in tempo il sanitario, poichè appunto per esservi un'esagerazione palese, la levatrice non chiamerà se non quando la temperatura sale molto più in alto di quanto è prescritto. Ed infondendosi nella sua mente come principale e quasi unico sintomo della infezione puerperale la temperatura, essa non terrà punto o quasi punto calcolo del polso, donde facile a comprendersi come sfuggiranno nei giorni primi, e cioè nei più preziosi, i casi più gravi.

III.

Occorre non cadere in troppe minuziosità (come nell' attuale regolamento accade), poichè esse fanno perdere di vista l'obbiettivo principale e non sono di pratica comune applicazione; inoltre non devonsi dimenticare speciali prescrizioni che sono di necessità.

Se havvi invero una pratica in cui devesi essere scrupolosi fino alla pedanteria, questa è l'applicazione dell'asepsi e dell'antisepsi. Ma nulla di peggio anche quivi che il sostituire al raziocinio individuale, che deve guidarci in ciascuna occasione, il teorismo assoluto. La preoccupazione di seguire i particolari, i dettagli minuti, fa dimenticare facilmente l'obbiettivo primo, ovvero riscontrando difficile od impossibile il seguirli tutti, come ben accade a domicilio delle povere, conduce all'abitudine di trascurare coi particolari anche l'essenziale.

Uopo è ricordare l'ambiente in cui sovente esercita la levatrice, ed il grado d'istruzione e d'intelligenza di questa, ed evitare quanto può ingenerare confusione o sollevare difficoltà. Ma su qualche ommissione desidero specialmente richiamare l'attenzione.

Riguardano tali ommissioni due particolari di poca entità *apparentemente*, ma che invece trascurati possono essere altrettante origini d'infezioni.

Ed entro senz'altro in argomento passando in rivista le istruzioni:

A) È prescritta una *busta*, ma non è detto come deve essere, ed in generale, sia in Italia sia all'estero, essa è o di pelle o di legno, o di metallo o di vimini.

Non occorre ch'io dimostri come tali buste sieno difficilmente disinfettabili, ed ogni levatrice per ragioni economiche non ne possiede che una. Tale busta perciò trasportata dall'uno all'altro domicilio, deposta senza precauzione in angoli della casa, su mobili non certo preventivamente disinfettati, passando per ambienti ove furonvi o sonvi ammalati, ove la pulizia soventi è affatto trascurata, può essere un mezzo di trasporto, sia diretto, sia indiretto (per il tramite degli istrumenti che deve racchiudere) di elementi infettivi da una ad un'altra paziente, e ciò tanto più quando dovette servire per qualche caso di infezione puerperale.

Quanto invece è più utile, razionale, economico il suggerire una busta di tela! La levatrice stessa potrà costruirla acquistandosi essa

stessa la stoffa e potendo con lievissima spesa (circa L. 1,50 ciascuna) farne due o più, le quali oltrechè economiche sono, dal lato asepsi, le più opportune. La busta di tela può farsi bollire, può mettersi in bucato, stirarsi come un oggetto qualsiasi di biancheria, ed in ciò sta evidentemente il vantaggio.

La busta ch'io da anni suggerisco è costituita da un pezzo di tela da vela di cm. 80 in lunghezza e 65 in larghezza e a ciascun angolo ritagliato di cm. 20 in quadrato, per modo che su ciascun lato ne sopravanza un tratto della lunghezza di cm. 20 e dell'altezza di cm. 15 che a guisa di patelletta riunendosi coll' opposta, concorre a formare la sacca in cui si rinchiudono gli istrumenti e gli oggetti occorrenti. I margini sono tutti ben bordati. In vicinanza agli estremi di ciascuno dei lati più lunghi di tali patellette è cucito al bordo un nastro lungo circa 15 cm. che devesi allacciare coll'opposto. Nella parte centrale sono cuciti due nastri elastici paralleli in modo da costituire varii piccoli scompartimenti nei quali si infilano varii istrumenti e oggetti di medicazione. Messi in posto questi, allacciati i lacci fra di loro si arrotola la busta in senso perpendicolare ai nastri elastici e la si ferma esternamente con altri due lacci pure cuciti sulla superficie esterna.

B) È prescritto un irrigatore, ma non è detto di che sostanza deve essere, ed abitualmente lo si usa di metallo.

L' irrigatore è pure oggetto molto importante per rapporto alla profilassi della febbre puerperale, poichè, come indiscutibile ne è la utilità non solo, ma la necessità, venendo però portato da un domicilio all'altro, può pur riuscire un veicolo pericolosissimo di elementi infettivi. Agli irrigatori perciò sia di metallo, sia di vetro, si sostituiscano irrigatori di gomma, che:

a) economicamente in oggi costano presso a poco lo stesso prezzo;

b) tengono poco volume e possono rinchiudersi in un piccolo sacchetto di tela sempre facile a farsi bollire;

c) sono facilmente disinfettabili, potendosi tenerli per qualche ora in uno al tubo ed alla cannula vaginale, in una soluzione di sublimato all'uno per mille od all'uno per duemila.

IV.

La profilassi ginecologica deve essere pure un importante obbiettivo dell'assistenza ostetrica e di essa nessun calcolo si tiene nel regolamento.

È indubitato che in oggi le lesioni utero-ovariche si presentano con una frequenza veramente grave. Tale frequenza invero è a ritenersi in gran parte effetto dei rapidi progressi fatti dalla ginecologia nei mezzi diagnostici, e mi permetto di asserire che una buona metà di tali lesioni nel passato sfuggiva alla diagnosi.

In parte invece può attribuirsi alla vita più artificiosa, ed al predominio che vanno assumendo le teorie Malthusiane.

È però indubitato che l'applicazione dell'antisepsi avrebbe dovuto diminuire il contingente delle forme ginecologiche da causa ostetrica. È difficile ciò stabilire in modo assoluto, ma sta il fatto che più della metà delle lesioni utero-ovariche conseguono a parti sia patologici, sia fisiologici, in particolar modo a parti abortivi!

Da una statistica di 2000 ammalate avrei rilevato eziologicamente che una media di circa il 60 0[0 è d'origine ostetrica. Ora quale la ragione di tale grave fatto? Credo di non andare errato asserendo che in parte la spiegazione *risiede nell'abitudine che esiste non solo nella levatrice, ma pur nei medici, di licenziare dalle cure le puerpere previo il solo esame esterno.*

Nelle Cliniche ostetriche, che dovrebbero essere il campo ove maggiormente ogni progresso particolarmente si applica in modo speciale in quanto riguarda lo sperimento e l'osservazione diretta, nè studenti nè allieve vengono addestrati all'esame vaginale combinato delle puerpere avanti abbandonino gli Istituti, nè l'esempio di tale pratica viene punto dato, giacchè quasi sempre, se non sempre, esse sortono in 10.ª, 12.ª, 15.ª giornata senza aver previamente subìto tale esame.

Le conseguenze sono facili a dedursi. Le lesioni tutte del collo, molte lesioni degli annessi, che se non sono gravi diventano tali colla vita di lavoro e di strapazzo, le subinvoluzioni uterine non gravi, ma che poi possono divenire tali, e gran parte degli spostamenti uterini sfuggono al sanitario in quel periodo, quali sono i primi due mesi che conseguono al parto, in cui più efficaci sono le cure per il processo di involuzione fisiologica che trovasi in atto in tutto l'apparecchio genitale.

Ed ecco l'origine di un gran numero di lesioni del collo, di pseudometriti parenchimatose, che altro non sono se non subinvoluzioni uterine, di retroversioni e retroflessioni e prolassi dell'utero e degli annessi per le quali, tre, quattro, sei mesi, un anno e più dopo il parto, vengono a popolarsi ospedali e ambulatorii ginecologici,

Già fin dal 1887 nella mia tesi di libera docenza — *Sulle metropatie in rapporto all'involuzione dell'utero dopo il parto* — e successivamente in conferenze e nei rendiconti clinici del 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, insistetti su tale argomento, ma parmi con ben poco risultato, poichè nell'applicazione pratica di tale ovvio concetto rimasi per tutti questi anni così in Italia che all'estero solo.

E ben mi fu grato rilevare come il Doléris ultimamente nel suo periodico *La Gynécologie* (15 Dicembre 1897) « De l'examen gynécologique des accouchées » scrisse nello stesso senso su tale argomento, ribadendo le conclusioni che da *dieci* anni io vado esponendo e chiudendo però colla affermazione dura ma vera che tali esami che hanno un'importanza capitale, sono pressochè dovunque trascurati — *négligé partout ou peu près* — con danno delle pazienti, dell'istruzione e dei progressi della ginecologia; affermazione che prova come le mie memorie al riguardo non siano giunte fino a lui.... destino abituale della nostra letteratura.

È però doveroso qui soggiungere, che poi lo stesso Doléris in una successiva memoria pubblicata nel Maggio 1898 sulla *Revue pratique d'obstétr. et de gynéc.*, riportava le precedenti mie memorie, affermando averlo io, in tale concetto e nell'applicazione di esso, preceduto.

Nè io mi accontentai di scrivere la mia opinione, ma da *undici anni*, così nella Clinica di Genova, che in quella di Novara, misi in pratica e faccio mantenere l'abitudine dell'esame ginecologico delle puerpere con vantaggio indiscutibile sia delle pazienti sia della istruzione clinica. Nè si accampi il timore del pericolo d'infezione; coi mezzi che in oggi possediamo di antisepsi non vi deve più essere pericolo di infezione.

Dopo di che non parmi nè esagerato nè vano che si raccomandasse ai clinici di abituare gli allievi e le allieve a tale esame, e che il regolamento che provvede per l'assistenza al parto, si preoccupasse pure dell'avvenire della donna e del suo apparecchio genitale, della profilassi ginecologica, *prescrivendo l'esame interno fatto con cautele antisettiche delle puerpere* avanti licenziarle dalle nostre cure.

Concludendo parmi che le seguenti proposizioni dovrebbero costituire *la base* di un'assistenza ostetrica razionale e consona ai moderni progressi scientifici:

1.° Nella diagnosi di sospetto di infezione puerperale si tenga

calcolo oltrechè della temperatura anche del *polso,* obbligando denunciare sia i casi in cui, oltrechè la temperatura di 38 1[2 e più, siavi la frequenza del polso superiore ai 100, sia i casi in cui non essendovi quasi temperatura febbrile il polso superi i 110.

2.° Che all'acido borico, antisettico affatto insufficiente non solo ma inutile contro le infezioni puerperali, si sostituisca almeno per *tutta la disinfezione esterna* (mani, istrumenti, genitali esterni, oggetti di medicazione, biancheria), il sublimato corrosivo all'uno per tremila od altro antisettico, che vi corrisponda.

3.° Che sia d'obbligo prescritta la busta ostetrica tutta di tela da potersi mettere in bucato o far bollire, e l'irrigatore tutto di gomma da poterlo mantenere in una soluzione antisettica per più ore.

4.° Che sia raccomandato ai clinici di ammaestrare allievi ed allieve nell'esame pratico ginecologico (esplorazione vaginale combinata ed occorrendo, per i medici, collo speculum) delle puerpere, e si imponga d'obbligo tale esame nell'esercizio pratico avanti licenziare le pazienti dalle cure dell'ostetricante.

***

Per opera precipua del prof. Pagliani e del Consiglio superiore sanitario già era stato non solo progettato, ma pure approvato anche dal Consiglio di Stato un nuovo regolamento per l'assistenza ostetrica a domicilio, ma l'improvvisa mutata organizzazione della Divisione di Sanità rivoluzionando tutto e tutti e paralizzando le molte iniziative in corso ne arrestò l'attuazione.

Il critico periodo ora è passato, la calma pare torni ad aleggiare nelle supreme sfere dell'igiene pubblica italiana, e fiducia non certo vana ci conforta a ritenere che la nuova Direzione non rinunzierà alla benemerenza di sanzionare provvedimenti altrettanto necessarii quanto urgenti.

Novara, 27 Giugno 1898.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Sulla presenza e sulla distribuzione delle cosidette "Mastzellen" NELLA MEMBRANA AMNIOS

PEL

Dott. ERSILIO FERRONI

Medico 2.° Assistente.

Eseguendo alcune ricerche sulle membrane fetali e specialmente sul connettivo dell'amnios, mi è occorso ripetute volte trovarmi di fronte a certi elementi la di cui struttura si allontanava alquanto da quella che sogliono presentare le comuni cellule connettivali.

Ho voluto esaminare più da vicino queste speciali forme cellulari e ho visto che esse erano perfettamente identiche a quelle descritte da Ehrlich sotto il nome di *cellule granulose*, oggi semplicemente dette *Mastzellen*.

Dando uno sguardo alla letteratura, non mi fu possibile trovare accenno alla presenza di queste speciali forme cellulari nel connettivo amniotico; ho creduto perciò che non fosse privo di qualche interesse esporre brevemente quanto sul riguardo ho potuto osservare, portando così, nello stesso tempo, un contributo alla conoscenza non ancora completa delle *Mastzellen* e alla struttura fina della membrana amnios, tuttora oggetto di vive ricerche.

I metodi di cui mi son servito nell'esame di questi elementi sono varî. Ho dato la preferenza ai preparati a fresco come quelli che più degli altri potevano darmi un esatto concetto della struttura e della disposizione delle Mastzellen, senza che esse o gli elementi circostanti avessero risentito l'azione di liquidi fissatori. E ciò tanto più era possibile in quanto che trattavasi sempre di esaminare membranelle sottili come l'amnios a tutto spessore o una delle lamine che lo compongono (separate ad arte dal resto del tessuto) e che senza bisogno di

alcuna preventiva manipolazione si prestavano benissimo ad un gran numero di ricerche.

L'amnios da esaminare veniva staccato a lembi da annessi appena espulsi in modo da sottoporlo ancora caldo ai necessari trattamenti: solo in qualche caso, come dirò in seguito, l'amnios si staccava da annessi che da tempo più o meno lungo erano venuti all'esterno. Questi lembi venivano asportati da varî punti dell'intiera superficie degli annessi così da esaminare partitamente l'amnios della porzione distale e della porzione prossimale delle membrane, della faccia fetale della placenta, della plica di Schultze, dei primi tratti del funicolo. Anche la vescicola ombelicale col suo connettivo circostante era oggetto delle stesse ricerche.

Gli annessi appartenevano a gravidanze espletate in varie epoche: mi è stato possibile a tale riguardo studiare anche l'amnios di un uovo abortivo al primo mese circa di gestazione.

Per l'esame della membrana allo stato fresco essa veniva subito immersa in uno dei liquidi coloranti che di preferenza servono a tingere i granuli delle Mastzellen e quindi nelle soluzioni di aniline in genere e specialmente del bleu di metilene. Quest'ultimo colore veniva adoperato in soluzioni molto allungate, come si pratica generalmente per l'esame istologico di altri tessuti: la soluzione preferita era quella dell'1 in 20000 di acqua distillata con 0.75 0[0 di Cl Na e in questo liquido i lembi di amnios rimanevano immersi circa 24 ore, in modo da fare agire lentamente il bleu di metilene sugli elementi del connettivo. Il grado d'intensità del liquido colorante veniva spesso variato e così pure veniva qualche volta variata la qualità del bleu di metilene, avendo cura in tal caso di lasciare più o meno a lungo i pezzi di membrane a contatto del liquido colorante. I pezzi già tinti venivano sciacquati in soluzione fisiologica e poi osservati direttamente in glicerina.

Per impedire che gli elementi dopo un certo tempo si decolorassero, si ricorreva al solito metodo di fissazione del bleu di metilene col picrato ammonico in soluzione acquosa concentrata a cui si aggiungevano 5 gocce di ammoniaca per ogni 100 cmc. di liquido. Lasciati in questo mezzo per circa 1 ora, i lembi di membrana venivano immersi per 4-6 ore in una miscela a parti eguali dello stesso picrato di ammoniaca e glicerina per conservarli poscia in glicerina pura. Altre volte, per avere dei preparati stabili, dall'ultima miscela i pezzi di

membrana venivano trasportati e inclusi nel comune sciroppo gommoso che si ottiene scaldando a bagno-maria parti eguali di gomma arabica in granuli, zucchero e acqua distillata e filtrando a caldo.

Altre volte, dopo che l'amnios si era colorito nella soluzione acquosa di bleu di metilene, veniva immerso per un tempo più o meno lungo in soluzione fisiologica acidulata con acido acetico (1 0[00), veniva sciacquato poi in soluzione fisiologica semplice e incluso in glicerina.

La soluzione acquosa di bleu di metilene fu anche adoperata con l'aggiunta di piccole quantità di carbonato di potassa. Si fece uso altresì dello stesso bleu di metilene glicerinato secondo il metodo di Piana (1), trattando cioè 1[2 gr. di questo colore con 10 cmc. di alcool assoluto, decantando la soluzione e sciogliendo il residuo rimasto insolubile in 20 cmc. di una miscela di 2[3 di glicerina e 1[3 di acqua distillata. I lembi di amnios si lasciano pochi minuti in questo liquido e poi o si lavano e s'includono in glicerina, o, come fa anche il Fiorentini (2), si lavano in acqua e attraverso la serie degli alcool s'includono in balsamo.

Oltre al bleu di metilene si è anche trattato il connettivo dell'amnios con le comuni soluzioni di dahlia e di violetto di metile; si è pure fatto uso del metodo Sanfelice, adoperato generalmente per la colorazione dei blastomiceti (verde di malachite, acido ossalico, colorazione di contrasto con safranina), avendo questo mezzo colorante, come ha fatto notare Cavazzani (3), la proprietà di tingere anche le Mastzellen.

Altri esami vennero praticati sulla membrana amniotica precedentemente fissata tanto in alcool (come si richiede per lo studio delle Mastzellen) che in bicromato di potassa o in sublimato o in ac. osmico.

Sull'amnios così indurito si facevano agire più o meno lentamente le comuni soluzioni idro-alcooliche di anilina con o senza l'aggiunta di acido acetico o cloridrico e poscia la serie degli alcool fino all'inclusione in balsamo.

I migliori preparati si ottengono colorando a fresco i lembi di membrana; con gli altri metodi di fissazione e d'inclusione in balsamo non si hanno delle immagini altrettanto chiare e precise.

Il trattamento a fresco che dà risultati più soddisfacenti è quello già riferito della colorazione col bleu di metilene dall'1[10000 all'1[20000

in liquido fisiologico, con successiva fissazione in picrato ammonico e con inclusione dei pezzi in sciroppo gommoso. Con questo metodo si ottengono dei preparati stabili in cui restano coloriti i soli granuli delle Mastzellen: tutto il resto del tessuto estraneo a questi elementi e che aveva subìto l'azione del bleu di metilene si stinge completamente e assume il colorito giallo del picrato ammonico, dando luogo ad una specie di fondo sul quale spiccano le cellule granulose.

Di questo metodo mi sono appunto servito per la massima parte dei miei preparati, molto più perchè gli elementi così fissati ritengono la materia colorante più a lungo che non quelli semplicemente tinti colle altre aniline; questi ultimi difatti dopo un certo tempo cominciano a perdere la primitiva chiarezza, possono diffondere qualche volta la tinta su tutto il resto del tessuto e non si prestano più ad un esame accurato.

Le Mastzellen colorite col metodo Sanfelice perdono anch'esse di chiarezza o scompaiono dopo un tempo più o meno breve.

Accennati così i varî metodi di cui generalmente mi son servito nello studio delle cellule granulose dell'amnios e quello a cui in ispecie ho dato la preferenza, veniamo ai caratteri più salienti che queste cellule presentano considerate per sè e in rapporto agli altri elementi che costituiscono l'intiera tessitura connettivale dell'amnios.

A questo riguardo è necessario però richiamare alla mente qualche conoscenza sulla struttura del connettivo amniotico, potendoci servir di guida nella esposizione dei fatti da noi osservati.

A prescindere dall'epitelio pavimentoso semplice che riveste la superficie interna dell'amnios e di cui non ci occupiamo perchè non ha alcun rapporto con le nostre ricerche, tutto il resto di questa membrana è costituito da un connettivo ben distinto in parecchi dei suoi strati, con differente struttura in ciascuno di essi.

Tale connettivo, immediatamente al di sotto dell'epitelio, è stato descritto come finamente fibrillare, compatto, e presenterebbe, secondo T. Ferrari (4) delle nicchie corrispondenti all'impianto delle singole cellule epiteliali; altri avrebbero poi notato tra le fibrille la presenza di grossi nuclei irregolarmente sparsi e di forma variabile.

Questo sottilissimo strato di connettivo che serve di sostegno all'epitelio pavimentoso si continua col connettivo propriamente detto dell'amnios senza esserne separato da quella speciale lamina endote-

liale che il Meola (5) ha descritto in questa zona delle membrane. Quivi il tessuto presenta delle chiare fibrille ed è ricco di elementi cellulari di varia forma e grandezza, molti dei quali sono ramificati e i di cui prolungamenti si anastomizzano fra di loro in modo più o meno ampio [Winogradow (6), Meola (5), Viti (7), Ferrari P. L. (8), Vignolo (9), Ferrari T. (4), ecc.]. Questo tratto di connettivo è discretamente spesso e si può dividere in varî strati: T. Ferrari (4) distingue in esso una *lamina tendinea* con più serie di cellule stellate e una *membrana limitante* (anch'essa suddivisa in strato di sostegno finamente fibrillare e lamina finestrata di sostanza omogenea); sulla quale poggerebbe il *magma reticularis*. Il *magma reticularis* (*magma interstitialis* di Velpeau o membrana intermedia di Bischoff) è dato da un tessuto mucoso composto di fibrille o fasci di fibrille connettivali, di cellule rotonde o allungate con protoplasma scarso, con grosso nucleo ordinariamente provvisto di nucleolo, e di sostanza fondamentale omogenea o granulare [Robin (10), Langhans (11), Giacomini (12), ecc.]. Secondo T. Ferrari (4), gli elementi che trovansi nello stroma di fibrille sarebbero compresi fra due strati di fibre elastiche.

È qui da notare come il *magma reticularis* abbia dato luogo a controversie circa la sua sede anatomo-topografica rispetto alle altre membrane fetali. Così, mentre erasi sempre ritenuto che esso fosse situato fra il corion e l'amnios, il Meola (5) prima e il Viti (7) poi lo descrissero come uno degli strati costituenti la membrana amnios medesima, separata dal corion per un endotelio e uno strato fibroso e situato nel mezzo delle due lamine corrispondenti alle pliche dell'amnios primitivo. Secondo il Viti e il Meola il *magma reticularis* sarebbe stato ritenuto dagli osservatori come intermedio fra l'amnios ed il corion perchè nel distacco delle due membrane, la membrana limitante, che forma lo strato esterno dell'amnios, resta adesa al corion.

Ma una tale sottile interpretazione veniva contraddetta in base a dati anatomici ed embriologici da Minot (13) e principalmente da Giacomini (12). A togliere il dubbio che l'aderenza al corion potesse indurre in errore nel modo accennato, Resinelli (14) studiò diligentemente il setto comune formato dall'addossamento delle due membrane amniotiche negli annessi di gravidanze gemellari monocoriali. Trovandosi quivi aderenti i due amnios fra di loro per la loro parte connettiva senza interposizione della membrana corion, se esatte fossero le distin-

zioni di Meola e di Viti, si dovrebbe trovare la sostanza intermediaria divisa in due da uno strato di tessuto interposto e costituito dall'addossamento delle due membrane limitanti dal Meola e dal Viti descritte come appartenenti all'amnios. Con diligenti ricerche sia per dilacerazione sia per sezioni, Resinelli dimostrò che il *magma reticularis* nel setto formato dall'addossamento dei due amnios « costituisce uno strato unico interposto fra le due pagine amniotiche, strato che si continua da una parte e dall'altra nel punto dove i due amnios si riflettono sulla superficie placentare e sulla coriale. »

È quindi ormai da ritenersi che il *magma reticularis* non appartenga nè all'amnios nè al corion, ma costituisca uno strato interposto alle due membrane, come risulta pure da recenti ricerche di T. Ferrari (4) secondo il quale il magma sarebbe più precisamente compreso fra due membrane limitanti di eguale struttura, appartenenti l'una alla faccia esterna dell'amnios (a cui ho di già accennato), l'altra alla faccia interna del corion.

Di questo magma non dovrei quindi occuparmi dal momento che esso non appartiene all'amnios e non costituisce una porzione del suo connettivo: tuttavia, siccome staccando l'amnios dal corion, il magma in gran parte resta quasi sempre aderente alla prima delle due membrane, così ho ricercato anche in esso la presenza delle cellule granulose.

In tutti gli strati del connettivo amniotico in cui riscontransi elementi cellulari ho potuto notare le Mastzellen aventi però forma e disposizione diversa secondo che si esamina il connettivo distale o prossimale all'epitelio.

In genere le Mastzellen, colorite coi metodi sopra riferiti e specialmente col bleu di metilene fissato in picrato ammonico, si presentano sotto forma di elementi a contorni spesso non ben definiti e il di cui protoplasma è più o meno ricco di granuli rotondeggianti che assumono intensamente la materia colorante. Questi granuli sono sparsi irregolarmente in quasi tutta la massa protoplasmatica, hanno grandezza varia e di solito i più voluminosi trovansi alla periferia della cellula in guisa da delimitarne presso a poco il contorno. Il resto del protoplasma che fa quasi da fondo ai granuli così colorati è anche esso finamente granuloso senza però assumere quella intensità di tinta caratteristica dei corpicciuoli più grossi che in esso si contengono.

In quelle Mastzellen in cui la colorazione non è troppo intensa, vedesi in mezzo al protoplasma una zona ovoidale o rotondeggiante, sbiadita, priva di granuli e che corrisponde al nucleo della cellula; spesso in questa zona chiara notasi un corpicciuolo fortemente colorito e che starebbe a rappresentare il nucleolo.

Negli elementi molto ricchi di granuli e intensamente colorati il nucleo s'intravede appena o non è affatto visibile.

Trattando con una tinta nucleare di contrasto, come, ad esempio, con la safranina, un lembo di connettivo di cui le Mastzellen siano state precedentemente colorate col bleu di metilene, si avrà una colorazione doppia che farà risaltare chiaramente la presenza del nucleo in queste cellule granulose: in mezzo al protoplasma ricco di corpicciuoli tendenti al bleu nerastro, si vede infatti un nucleo di color roseo, che rimane come impigliato nell'atmosfera di granuli che lo circondano.

La maggior parte di queste Mastzellen sono provviste di prolungamenti protoplasmatici la di cui struttura non differisce da quella del resto della cellula. Essi mostrano i soliti granuli più o meno voluminosi, intensamente colorati in bleu carico disposti qua e là in serie sulla sostanza finamente granulosa che costituisce il prolungamento stesso. Il numero dei prolungamenti è vario: dalle Mastzellen che ne hanno uno solo in modo da rassomigliare a cellule caudate si va a quelle stellate con 5, 6 e più prolungamenti. Di queste appendici talune si spiccano dalla massa protoplasmatica centrale con larga base e vanno sempre più assottigliandosi verso la loro estremità libera. Altre partono sotto forma di sottili filamenti e si mantengono tali per un decorso più o meno lungo; moltissime poi, dopo un certo tratto, si rigonfiano a guisa di un piccolo nodulo, qualche volta di volume anche considerevole e con granuli più numerosi e più fitti. Di questi rigonfiamenti è dato spesso trovarne tre o quattro intercalati sopra un medesimo prolungamento. È raro il caso in cui tali prolungamenti rimangano unici per tutto il loro decorso; in genere essi si dividono e suddividono in modo da assumere un aspetto arborescente alla loro estremità terminale; quelle appendici che non presentano ramuscoli secondari seguono un cammino generalmente più tortuoso delle altre dicotomizzate.

Non è infrequente osservare delle anastomosi tra i prolungamenti

liberi di due o più cellule, anastomosi che avvengono anche a distanza mediante filamenti a lungo decorso.

Non sempre le Mastzellen dell'amnios sono provviste di prolungamenti: talune, come diremo in seguito, sono perfettamente ovalari o rotondeggianti e il protoplasma si mostra regolarmente continuo alla sua periferia.

Il maggior numero di Mastzellen si sono riscontrate nel connettivo più compatto dell'amnios, in quello strato cioè che il Ferrari T. (4) chiama lamina tendinea e che il Viti (7) designa semplicemente col nome di lamina connettivale a differenza del Meola (5) che comprende in questa lamina anche il *magma reticularis*. È appunto in questo tratto di connettivo che le Mastzellen sono evidentissime, disposte in più strati, ricche di molti granuli e con prolungamenti ampî, ramificati, anastomizzantisi fra di loro. Queste cellule non sono sempre regolarmente sparse su tutta la superficie dello stesso strato connettivale ma qua e là possono presentarsi come raccolte in piccoli gruppi lasciando a tratti degli spazi relativamente privi di qualsiasi elemento granuloso.

I migliori preparati che permettono di rilevare tutti questi dettagli sono quelli che si ottengono asportando dai lembi di amnios precedentemente colorito la lamina epiteliale e la membrana intermedia di Bischoff.

Ho detto già come questo tratto di connettivo amniotico sia stato sempre caratterizzato da tutti gli osservatori per la presenza di elementi stellati distribuiti in più serie in seno ad un connettivo fibrillare più o meno compatto. Le Mastzellen che si notano in questa lamina tendinea sono precisamente una parte dell'intiero numero delle cellule connettivali già conosciute e che si differenziano dalle rimanenti per il loro contenuto protoplasmatico e per la proprietà di assumere i colori di anilina.

Con la doppia colorazione che si può facilmente ottenere immergendo in un liquido di contrasto l'amnios già tinto col bleu di metilene, riesce agevole dimostrare questo fatto, poichè accanto alle Mastzellen ripiene di granuli coi soliti caratteri si vedono gli altri elementi del connettivo, anch'essi stellati, arborescenti, anastomizzantisi, ma privi di granulazioni e colorati con la seconda tinta.

Allo stesso risultato si proviene indirettamente eseguendo dei preparati di amnios con carminio, ematossilina, ecc. e confrontandoli con

quelli in cui si è praticata la colorazione specifica per le Mastzellen: nei primi si vede una fitta rete di elementi stellati fra i quali ne spiccano parecchi che lasciano intravedere un protoplasma granuloso e che corrispondono perfettamente alle Mastzellen contenute nella seconda serie di preparati.

Generalmente tali Mastzellen sono quelle tra le cellule connettivali che hanno abbondante protoplasma e che si presentano quindi più voluminose delle altre, con maggior quantità di prolungamenti anch'essi più robusti e più dicotomizzati.

Negli strati della lamina tendinea che guardano verso l'epitelio, le Mastzellen sono abbondanti e sullo stesso piano del preparato si conservano in numero presso a poco eguale a quello degli altri elementi connettivali; nel tratto di tessuto che sta invece verso il magma reticolare [membrana limitante di T. Ferrari (4)] esse sono molto scarse: si può dire anzi che in questo punto le altre cellule del connettivo rappresentino quasi da sole l'intiero strato della membrana: quivi però queste cellule sono più piccole di tutte le altre, con minor numero di prolungamenti e molto più lasse.

Asportando da un lembo di amnios già colorito il magma reticulare e tutta la lamina tendinea, rimane il solo epitelio con uno strato sottilissimo di connettivo su cui gli elementi cellulari trovansi impiantati. Anche in questo tratto di connettivo si può rilevare la presenza di Mastzellen, aventi però dei caratteri che le fanno subito differenziare dalle altre della lamina tendinea. Esse hanno abbondante protoplasma, ricchissimo di granuli non molto voluminosi e di grandezza presso a poco eguale; il loro nucleo è grosso, incoloro, ed è ben limitato dalle granulazioni che lo circondano.

Mancano i prolungamenti o, se ne esiste traccia, essi appaiono sotto forma di appendici tozze, poco numerose e che si arrestano bruscamente senza dar luogo a quelle ramificazioni e a quelle anastomosi che abbiamo visto costantemente nelle cellule granulose della lamina tendinea. Queste Mastzellen sono relativamente scarse; accanto ad esse si nota pure qualche elemento connettivale privo di granuli che non si tinge con le aniline e in proporzione numerica di gran lunga inferiore ai precedenti.

Non saprei dire se in molte di queste cellule granulose la mancanza di prolungamenti sia dovuta ad un artificio di preparazione; è

certo però che un gran numero di esse è effettivamente privo di qualsiasi appendice e che la loro struttura (forma, nucleo, disposizione, ecc.) è molto diversa da quella delle Mastzellen contenute negli altri strati dell'amnios, quantunque rimanga invariata la natura del protoplasma.

Fatti presso a poco identici notiamo nel magma reticulare, sia staccato a fresco dall'amnios e colorito a parte, sia staccato dalla membrana già sottoposta all' azione delle aniline. Anche in questo connettivo si notano le Mastzellen; esse però mancano sempre di prolungamenti, mostransi ovalari o rotondeggianti, con nucleo spiccato e con granuli piccoli e numerosi; trovansi in discreta quantità, sono regolarmente sparse e si differenziano benissimo da altre cellule incolore del medesimo magma, aventi la stessa forma e la stessa disposizione, prive però di granuli e che non reagiscono come le Mastzellen alle tinte di anilina.

Tre forme principali di Mastzellen si avrebbero adunque nel connettivo amniotico e nella sostanza intermedia: le globose, perfettamente circoscritte che risiedono nel magma, le ovalari o rotondeggianti a contorni non ben definiti, senza o con semplice accenno di prolungamenti che trovansi nel connettivo basale dell'epitelio, le stellate, arborescenti, con anastomosi nella lamina tendinea.

Tutte queste cellule granulose che abbiamo descritto partitamente in ciascuno degli strati del connettivo, si possono avere sott' occhio complessivamente esaminando a tutto spessore un lembo di amnios col relativo magma: disponendo infatti la membrana in modo che l'epitelio poggi sul portaoggetti, ad ogni graduale innalzamento dell'obbiettivo si possono con sufficiente chiarezza rilevare le diverse Mastzellen coi caratteri già descritti, attraverso tutti gli strati che dall' epitelio vanno al magma.

In tal modo si può anche vedere come non interceda alcun rapporto evidente tra le varie forme di cellule granulose, mentre questo rapporto è intimo tra le differenti serie di Mastzellen che son contenute nella sola lamina tendinea.

La distribuzione delle Mastzellen non è fatta per ciò in modo disordinato, diremo così, accidentale; essa ha caratteri speciali, invariabili nelle diverse lamelle del connettivo e ogni tipo di cellule granulose corrisponde esattamente ai principali strati che con altri metodi sono stati differenziati nella membrana amnios.

Tale fatto, oltre a confermare indirettamente l' esistenza reale di

questi singoli strati escludendo che essi siano il prodotto di un artificio di preparazione, potrebbe anche dimostrare come essi abbiano una individualizzazione propria e come si originino fin da principio in modo perfettamente distinto.

Esistono nel connettivo amniotico degli altri strati oltre a quelli che ho preso in considerazione. Di questi strati non mi sono occupato perchè generalmente privi di cellule connettivali e in cui o non ho potuto notare la presenza di Mastzellen, o mi è stato difficile stabilire se qualche forma in essi contenuta non appartenesse invece alle altre lamine più vicine.

Tutto quanto ho finora accennato si riferisce all' amnios staccato dalle membrane, sia nella loro porzione prossimale al margine placentare sia nella distale. Le Mastzellen contenute nell'amnios che riveste gli altri segmenti degli annessi presentano però qualche carattere che le fa differenziare dalle cellule granulose già descritte.

Nell'amnios della faccia fetale della placenta la forma e la disposizione delle Mastzellen non subiscono delle modificazioni rilevanti; nell'amnios del tratto placentare del funicolo non si riesce più a distinguere chiaramente le diverse forme di Mastzellen, ma si notano delle cellule quasi tutte stellate, un po' tozze, con minor numero di granuli e che sembrano non così bene individualizzate come le prime. Mancano qui quei caratteristici prolungamenti e quelle reti delicatissime formate esclusivamente da una serie di granuli che si possono seguire per un gran tratto del preparato.

Lo stesso dicasi per quella porzione di amnios che appartiene alla plica dello Schultze.

Anche la vescicola ombelicale e il residuo del suo condotto mostrano la presenza delle cellule granulose sparse irregolarmente su tutta la loro superficie esterna e impigliate in quel connettivo lasso che li circonda. Quivi le Mastzellen sono polimorfe con prevalenza delle globose; in genere sono scarse, relativamente piccole, non contengono molti granuli e quasi privi ne sembrano i pochi e brevi prolungamenti.

Le Mastzellen nell'amnios non sono un reperto esclusivo delle gravidanze a termine. Anche negli annessi di ova abortive nei primi mesi di sviluppo se ne può dimostrare la presenza, quantunque non si riesca ancora a differenziare tutti quei particolari che abbiamo descritto per le cellule granulose di membrane a termine.

Negli amnios di ova dal 1.° mese e 1[2 al 3.° mese molte cellule stellate del connettivo e qualcuna rotondeggiante presentano il protoplasma ripieno di granuli che si tingono fortemente col bleu di metilene, mentre altre cellule dello stesso tessuto rimangono incolore. Al 7.° e all' 8.° mese le Mastzellen non sembra differiscano da quelle di amnios a termine e si mostrano chiaramente distinte nei vari strati del connettivo coi soliti caratteri di quest' ultime.

È da notare infine come nella stessa epoca di gravidanza il numero, la forma, il volume e la disposizione grossolana delle Mastzellen possa variare da donna a donna, non essendo possibile riscontrare in tutti i casi dello stesso genere cellule granulose aventi sempre i medesimi caratteri esteriori.

Nei diversi strati del connettivo amniotico erano state finora descritte delle cellule di varia forma che trattate coi soliti mezzi coloranti lasciavano vedere, diffusi nel protoplasma, un certo numero di granuli, talvolta appena apprezzabili e sotto forma di corpicciuoli più o meno rifrangenti.

Di queste cellule infatti parla P. L. Ferrari (8) dicendo di averle trovate nel connettivo a guisa di piccoli elementi rotondeggianti le cui granulazioni assumono una tinta nera nei preparati trattati con acido osmico. T. Ferrari (4) descrive nei pezzi fissati in liquido di Hermann cellule stellate ripiene di corpicciuoli che si tingono anch'essi in nero con l'acido osmico. Anche nel magma reticulare Retzius (15) e poi Minot (16) hanno trovato delle cellule granulose; Giacomini (12) in un caso ha riscontrato, come ha fatto Langhans (11) nella gelatina di Warthon, una grande quantità di granuli o goccioline sferiche, molte delle quali applicate regolarmente sul decorso delle fibrille; circa il valore da darsi a questi granuli egli non si pronuncia limitandosi a riportare l'opinione del Langhans che li ritiene come un prodotto del protoplasma cellulare, partecipanti direttamente alla formazione delle fibrille.

A parte queste ultime osservazioni in cui i granuli erano sparsi irregolarmente per tutto lo stroma connettivale, nei casi in cui gli stessi granuli son contenuti nel protoplasma delle cellule sono stati generalmente interpretati come goccioline di grasso (Vignolo (9), Ferrari T. (4) ecc., ecc.). L. Ferrari (8) però li spiegherebbe in modo diverso: egli ritiene questi granuli analoghi a quelli che si riscontrano nelle cellule dell'epitelio amniotico sottoposto allo stesso trattamento;

di questi ultimi, come risulta dalle sue accurate ricerche, parte sarebbero costituiti da grasso o da un corpo molto affine al grasso, parte da corpuscoli albuminoidi. In ciò si accorderebbe con Lange (17) che dimostra come albuminosi i granuli delle cellule epiteliali dell'amnios, contrariamente alla Hotz (18) che li descrive come gocciole di grasso.

Parte degli elementi da me descritti come Mastzellen corrispondono appunto a quelle cellule appena accennate da qualche osservatore come ripiene di granuli di grasso e da L. Ferrari come contenenti adipe o corpuscoli albuminoidi. Trattando difatti il connettivo amniotico con l'acido osmico ho visto anch'io assumere la colorazione bruna a molti granuli contenuti nel protoplasma di numerosi elementi, mentre altre cellule pure granulose si mostravano quasi o del tutto indifferenti all'azione dell'acido osmico. Questi ultimi elementi e un buon numero di quelli già colorati corrispondevano poi alle cellule granulose tinte fortemente col bleu di metilene. I corpicciuoli alquanto anneriti con l'acido osmico non erano quindi in tutti i casi delle vere gocciole di grasso e ciò poteva anche essere dimostrato dall'essenza dei caratteri chimici che suole presentare il grasso precedentemente sottoposto all'azione dell'acido osmico. Nei preparati così trattati i granuli di molte cellule rimanevano insolubili nella trementina, nell'etere, nello xilolo, nel creosoto, mezzi tutti che disciolgono il grasso osmicato.

Nel connettivo amniotico adunque se esistono delle cellule caratterizzate dalla presenza di gocciole adipose nel loro protoplasma, ne esistono delle altre, e in grandissimo numero, i di cui granuli non hanno nulla da vedere coi corpicciuoli di grasso e queste appunto sono le Mastzellen, sulla cui natura non vi è alcun dubbio ove si pensi alla grande affinità che i loro granuli hanno pei colori di anilina e a tutti quei caratteri che precedentemente ho accennato.

Le Mastzellen riscontrate nel connettivo dell'amnios si collegherebbero a quelle che sono state descritte nei connettivi in genere, sia normali come patologici.

La loro presenza è stata dimostrata in quasi tutti i tessuti a tale riguardo presi in esame e già Recklinghausen (19), molti anni or sono, le descriveva come speciali corpuscoli connettivali nell'omento e nella pleura di giovani conigli, mentre Kühne (20), Cohnheim (21), Rollet (22), Klein (23) le mettevano in rilievo nella rana, il primo nel tessuto intramuscolare e gli altri rispettivamente nella lingua, nella gamba, nelle

guaine dei grossi nervi. Le ricerche di Biesiadecki (24) dimostrano le Mastzellen nel cellulare sottocutaneo e specialmente lungo i vasi sanguigni, ed Ehrlich (25), nel 1877, le descrive in tutti gli organi, eccetto nelle capsule surrenali e nei testicoli, differenziando poi (26) le sue cellule granulose dalle Plasmazellen di Waldeyer (27), il quale aveva compreso tutti questi speciali elementi sotto il nome di « cellule formative del connettivo. » Korybutt-Daszkiewicz (28), studiando nella rana lo sviluppo dei nervi periferici, trova le Mastzellen in rapporto con questo tessuto e attribuisce ad esse l'origine e l'accrescimento dei nervi medesimi. Westphal (29) ne rileva la presenza nei vari connettivi della rana descrivendone diverse forme, Neumann (30) nelle pareti dei vasi, Piana (1) nel connettivo dei conigli, Rosenheim (31) nei nervi periferici, anche nell'interno della guaina quantunque più frequenti all'esterno, Hoyer (32) nei dintorni delle glandole linguali e salivari, nel laringe e nell'intestino di diversi animali, Ballowitz (33) nei vari organi dei pipistrelli.

Anche nell'utero si son descritte le Mastzellen come ha fatto recentemente Fiorentini (2) per gli uteri di bovini in genere (embrioni e adulti) e D'Erchia (34) per gli uteri gravidi e puerperali di donna e di cavia.

Nel campo della patologia le cellule granulose hanno trovato pure ampia descrizione. Da Ehrlich (26) che le riscontra come elementi liberi, circolanti nel sangue in casi di leucemia acuta, andiamo a Westphal (29) che le dimostra nelle stasi linfatiche, nei dintorni di processi infiammatori cronici, nell'indurimento bruno dei polmoni, nei tumori, e specialmente nei carcinomi, ad Ackermann (35) che le descrive nei sarcomi, ad Israel (36) nei noduli di morva, a Neumann (30 e 37) nelle infiammazioni delle pareti vasali, nel sistema nervoso centrale in vicinanza di un focolaio apoplettico, nel connettivo neoformato, nei tumori epiteliali a rapido sviluppo, a Gottschalk (38) nei fibromiomi dell'utero, a Cavazzani (3) nei tumori maligni, a Fiorentini (2) nella tubercolosi e nelle infiammazioni croniche dell'utero senza catarro e con sclerosi, a D'Erchia (39) nei carcinomi e nei cancroidi della portio, ecc. ecc.

Se la presenza delle Mastzellen nell'amnios non costituisce quindi un'osservazione isolata, resta tuttavia da considerare quale significato può attribuirsi a questi speciali elementi granulosi contenuti in un

connettivo, quale l'amniotico, che per origine, sede, struttura, ecc. si allontanava un poco dai connettivi comuni.

Per le Mastzellen descritte in tutti gli altri tessuti l'interpretazione è stata varia secondo lo stato degli organi in cui tali elementi si riscontravano e i caratteri propri di quest' ultimi.

Generalmente il significato che si dà alle Mastzellen è in rapporto colle conoscenze circa la composizione chimica dei granuli protoplasmatici, conoscenze ancora discutibili e sulle quali non regna accordo completo.

Che i granuli delle cellule di Ehrlich non siano date da gocciole di grasso è ormai fuor di dubbio dopo gli studi sperimentali dello stesso Ehrlich (25-26) e le ricerche di Kühne (20), di Hoyer (32) e di quasi tutti gli autori che si sono occupati dell' argomento.

Ehrlich li ritiene granuli di natura albuminoide e come lui Nordmann (40), contro il parere di Raudnitz (41) che li definisce quali prodotti di degenerazione mucinica. Sembra che l' interpretazione del Raudnitz goda oggi più favore delle altre. Piana (1), con una serie di diligenti osservazioni microchimiche, conferma questo modo di vedere e Hoyer (32) non trova alcuna differenza fondamentale tra le proprietà chimiche e coloranti della mucina e quelle delle granulazioni delle Mastzellen. Alle stesse conclusioni viene Fiorentini (2) esaminando le Mastzellen negli uteri patologici di bovini (metriti croniche, metriti settiche per ritenzione di placenta, cisti delle ghiandole otricolari, tubercolosi uterina, ecc.). Egli trova che se l'infiammazione in genere è accompagnata da catarro il numero delle Mastzellen diminuisce, aumenta invece se l'infiammazione è cronica, senza catarro, con sclerosi connettivale. Il numero delle Mastzellen sarebbe quindi in rapporto colla maggiore o minore quantità di secreto eliminato dall'utero e i granuli sarebbero costituiti da mucina o da sostanze affini, perchè le cellule che li contengono si riscontrano con maggior frequenza nei casi in cui la mucina resta accumulata nei tessuti.

Ho detto che all' incertezza sulla natura dei granuli delle Mastzellen deve attribuirsi in gran parte il vario modo di intendere questi elementi. Secondo Ehrlich (25 e 26) infatti essi rappresenterebbero il prodotto di attive condizioni nutritive locali come si ha anche nei casi di processi infiammatori, neoformativi, ecc.; si tratterebbe in altri termini di un impinguamento più o meno evidente di certe cellule del

connettivo, che assumono perciò i caratteri di elementi granulosi. Le idee di Korybutt-Daszkiewicz (28) sul proposito sarebbero conformi a quelle di Ehrlich per aver trovato un gran numero di Mastzellen nelle rane alimentate dopo lungo digiuno, a parte, s'intende, l'altra interpretazione secondo la quale le cellule ripiene di granuli darebbero luogo successivamente allo sviluppo di fibre nervose. Anche secondo Neumann (37) le Mastzellen dovrebbero intendersi come uno stadio di sviluppo di cellule connettivali proliferanti, essendo facile il riscontrarle là dove esiste una viva riproduzione di tutti gli elementi del connettivo. Lo stesso dicasi di Gottschalk (38) che ha trovato le Mastzellen nei miomi dell'utero e che le considera come un segno della ipernutrizione del tessuto. Egli però non si arresta a tale interpretazione e va ancora più in là ammettendo che i granuli di pigmento oltrepassino i limiti della cellula e si diffondano isolati in tutte le direzioni fra le cellule muscolari vicine: in tal modo essi, irritando gli elementi, assumerebbero una grandissima importanza nella formazione del tumore. Westphal (29) ritiene invece che le Mastzellen non siano cellule ipernutrite e che non abbiano alcuna importanza funzionale: comparando infatti tra di loro gli stessi organi di varî animali si ha una differenza notevole nel numero delle cellule granulose, mentre non ve n'è alcuna fra gli individui morti di marasmo e quelli morti in ottime condizioni di salute. Anche Rosenheim (31), che ha trovato le Mastzellen numerosissime nella vecchiaia e totalmente mancanti nei primi anni di vita, le riterrebbe indipendenti da ipernutrizione e lo stesso fatto ha dimostrato Ballowitz (33) esaminando gli organi di animali ibernanti durante il letargo e dopo il risveglio. Egli non ha potuto trovare delle differenze sensibili nel numero e nei caratteri delle Mastzellen, donde il convincimento che la produzione di granuli non può mettersi in rapporto con una ipernutrizione della cellula. Poljakoff (42), studiando gli elementi cellulari dei connettivi lassi secondo la loro attività vitale, descrive le Mastzellen di Ehrlich come cellule connettivali ricche di protoplasma alla loro nascita che si trovano in cattive condizioni di nutrizione e che in genere rappresentano cellule morienti, « quasi cadaveri » di elementi connettivali. D'Erchia (34), ricercando le Mastzellen negli uteri gravidi e puerperali di donna e di cavia, le vede aumentare di numero durante il processo involutivo: egli ritiene che queste cellule elaborino il materiale in esse contenuto e

servano per favorire l'assorbimento di quei prodotti che derivano dai tessuti dell'utero puerperale i di cui elementi in parte tornano allo stato normale, in parte muoiono.

Di fronte a tanta disparità di vedute (quantunque mi sia limitato ad accennare i soli studî di maggiore interesse), non si saprebbe invero quale significato attribuire alle numerose Mastzellen che trovansi nel connettivo amniotico.

Se si considera per un momento che le Mastzellen si possono rilevare nell'amnios in tutte le epoche della gravidanza a cominciare dai primi tempi dello sviluppo dell' uovo, e che esse rappresentano una gran parte degli elementi connettivali di questa membrana, non si può fin da principio accettare il significato che loro attribuisce Poljakoff, quello cioè di cellule morienti, « quasi cadaveri. » Se così fosse anche indipendentemente dalle possibili considerazioni che parlano contro tale modo di vedere, si dovrebbe trovare un maggior numero di queste cellule, o per lo meno esse si dovrebbero rendere più evidenti, tutte le volte in cui gli annessi si staccano dalla superficie dell'utero, sia venendo all'esterno, sia rimanendo per un tempo più o meno lungo entro la cavità del viscere. Esami ripetuti sotto questo punto di vista non mi hanno fatto notare alcuna differenza tra le Mastzellen di amnios appena espulso e ancora caldo e quelle di amnios appartenente ad aborti o ad annessi da molto tempo eliminati. Aggiungerò anzi, quantunque ciò non possa avere grande importanza, che mi è occorso anche trovare delle Mastzellen relativamente ben conservate e con discreto numero di granuli in amnios tolti da membrane i di cui preparati mostravano già una certa quantità di batterî della putrefazione.

Stando invece al fatto che le Mastzellen dell'amnios trovansi in una membrana senza alcun dubbio in piena attività funzionale, ad accrescimento rapido, di tanto interesse pei rapporti che essa assume col feto e colla porzione materna degli annessi, sarei piuttosto inclinato a credere che se questi elementi granulosi non rappresentano un fatto di ipernutrizione cellulare nel senso di Ehrlich, essi per lo meno potrebbero essere l'indice della manifesta attività proliferante, caratteristica degli annessi in via di sviluppo.

Abbiamo visto infatti come le Mastzellen siano di già individualizzate nei primi mesi della gravidanza e come esse accompagnino l'accrescimento dell'uovo modificandosi nel numero, nella forma, nella

Dott. E. Ferroni

Fig. I

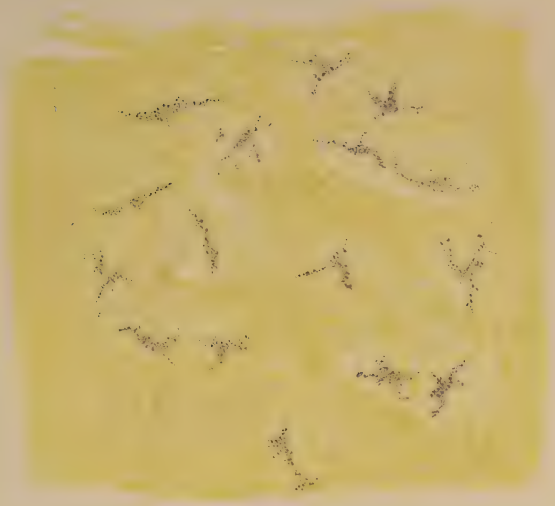


Fig. II

Fig. V

Fig. III

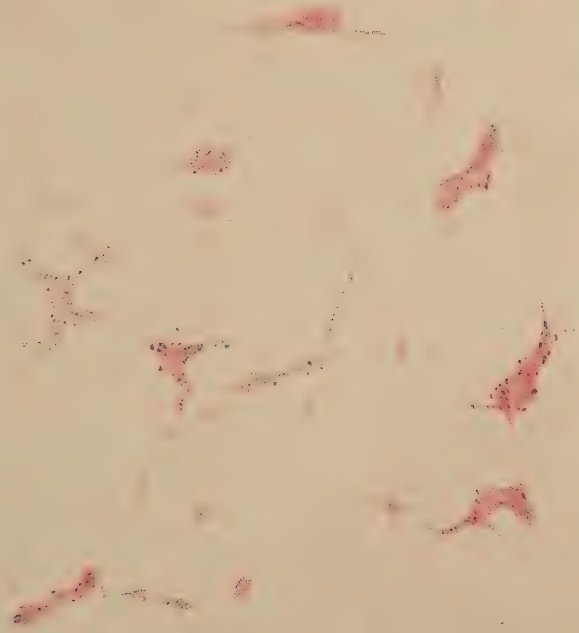


Fig. IV

Fig. VI

STAB. M. BASSANI - MILANO

T. Pizzi disegnò

disposizione e nel contenuto in modo da assumere sempre più i caratteri evidenti di cellule granulose quanto più ci avviciniamo al termine della gestazione.

D'altro canto, lungo questo periodo evolutivo, nelle membrane in genere si ha l'accrescimento e la proliferazione di tutti gli altri elementi che le costituiscono in rapporto col loro sviluppo e con la speciale nutrizione locale che non cessa di essere attiva fino al momento del travaglio.

Non sembrerebbe logico quindi ritenere le Mastzellen come elementi connettivali in fase regressiva, molto più perchè dovremmo allora ammettere che elementi degenerativi trovansi dal principio alla fine della gravidanza in organi con normale funzione e sviluppo.

Ammettendo invece con Neumann che le Mastzellen rappresentino la iperattività del tessuto in cui esse si trovano, non daremo a questi elementi un significato speciale, ma faremo rientrare la causa che favorisce la loro comparsa nel campo di quelle condizioni generali per le quali queste cellule si riscontrano anche con eguale frequenza in certi altri organi, nei tumori, nelle infiammazioni croniche, ecc. ecc., e in una parola là dove esiste una speciale attività produttiva.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA.

(Fig. 1, 2. 3 e 4 Mastzellen della lamina tendinea).

Fig. 1. — Mastzellen a piccolo ingrandimento.

Fig. 2. — Mastzellen a forte ingrandimento. Prolungamenti, loro divisioni ed anastomosi.

Fig. 3. — Lembo di connettivo amniotico che lascia vedere, oltre alle Mastzellen, altri elementi connettivali non granulosi.

Fig. 4. — Qualche Mastzelle a più forte ingrandimento (nucleo, protoplasma, prolungamenti).

Fig. 5. — Cellule granulose dello straterello di connettivo su cui poggia l'epitelio amniotico.

Fig. 6. — Mastzellen del *magma reticularis*.

BIBLIOGRAFIA.

1. Piana. « Sul materiale granuloso contenuto nelle Mastzellen dell'Ehrlich. » *R. Scuola Superiore di Medicina Veterinaria di Milano.* Annuario per l'anno scolastico 1884-85, pag. 131.
2. Fiorentini. « Contributo allo studio delle Mastzellen nei tessuti fisiologici e patologici dell'utero. » *Associazione medica lombarda,* 15 Giugno 1895.
3. Cavazzani T. « L'eziologia dei tumori maligni. » *Rivista veneta di scienze mediche,* anno XIV, fasc. IV, 31 Agosto 1897.
4. Ferrari T. « Ricerche sulla struttura normale e patologica dell'amnios. » *Rivista veneta di scienze mediche,* anno XV, fasc. I-II, 15-30 Gennaio 1898.
5. Meola. « Sulla struttura degli involucri del feto umano. » *Rivista internaz. di medicina e chirurgia,* N. 7-8-9, 1884.
6. Winogradow. « Ueber den Bau des menschlichen amnios. » *Virch. Arch.,* 154.
7. Viti. « L'amnios nella sua genesi e struttura ed in rapporto all'origine del liquido amniotico. » Siena, 1886.
8. Ferrari P. L. « Sulla struttura della membrana amniotica nei vari mesi della gravidanza. » *Lo Sperimentale* (sez. biologica), anno 49, 1895.
9. Vignolo. « Alcune considerazioni istologiche sulla struttura delle membrane ovulari umane a termine di gravidanza. » *Annali di ostetricia e ginecologia,* fasc. I, Gennaio 1897.
10. Robin. « Mémoire sur la structure intime de la véscic. ombél. et de l'allant. chez l'embryon humain. » *Journal de Physiol.,* 1861.
11. Langhans. « Untersuch. ueber die menschl. Placenta. » *Arch. f. Anatomie,* 1877.
12. Giacomini. « Sul *coeloma* esterno e sul *magma reticularis* nell'embrione umano. » *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino,* anno LXVI, fasc. 6-7, 1893.
13. Minot. « Uterus and Embryo. » *The Journal of Morphol.,* vol. II, N. 3, 1889.
14. Resinelli. « Gli annessi nella gravidanza multipla. » Dissertazione di libera docenza. Pavia, 1895, pag. 57.
15. Retzius. « Ueber das Magma réticulé des menschl. Eies. » Biol. Untersuch. Stockolm, vol. I, 1890.
16. Minot. « Human Embryology. » New-York, 1892.
17. Lange. « Beitrag zur Histologie des menschl. Amnion und des Nabelstrange. » *Zeitschrift f. Geburts. und Gynäk.,* Bd. 28, 1894.
18. Hotz. « Ueber das Epithel des Amnion. » Dissertation. Bern, 1877.
19. v. Recklinghausen. « Ueber Eiter und Bindgewebeskörperchen. » *Virchow's Arch.,* Bd. 28.
20. Kuhne. « Ueber das Protoplasma. » Leipzig, 1864.
21. Cohnheim. « Ueber das Verhalten des fixen Bindegewebeszellen. » *Virch.-Arch.,* Bd. 45.
22. Rollet. « Stricker's Handbuch d. Gewebelehre, » 1.° vol.
23. Klein. Idem.
24. Biesiadecki. Idem.
25. Ehrlich. « Beiträge zur Kenntnis der Anilinfärbungen und ihrer Verwendung in der mikrosk. Technik. » *Arch. f. Mikrosk. Anatomie,* Bd. 13, 1877.
26. Ehrlich. « Beiträge zur Kenntnis der granulierten Bindegewebeszellen und der eosinophilen Leukocyten. » *Arch. f. Anat. und Physiol.* (Phys. Abteilung), 1879.
27. Waldeyer. *Arch. f. Mikrosk. Anat.,* Bd. 11, 1875.

28. Korybutt-Daszkiewicz. « Ueber die Entwickelung der Nerven aus Plasmazellen beim Frosche. » *Arch. f. Mikrosk. Anat.*, Bd. 15, 1878.

29. Westphal. « Ueber Mastzellen. » Inaug. Dissertat., Berlin, 1880.

30. Neumann. « Ueber Plasmazellen. » Von der medizin. Fakultät der Univ. Rostock gekrönte. Preisschrift. Rostock, 1885.

31. Rosenheim. « Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Mastzellen in Nervensystem der Menschen. » *Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd. 17, 1886.

32. Hoyer. « Ueber den Nachweis des Mucins in Geweben mittelst der Färbenmethode. » *Archiv f. mikrosk. Anat.*, Bd. 36, 1890.

33. Ballowitz. « Ueber das Vorkommen der Ehrlich'schen granulierten Zellen (Mastzellen) bei winterschlafenden Säugetieren. » *Anatom. Anzeiger*, 11 März 1891.

34. D'Erchia. « Beitrag zum Studium d. Bindegewebes des Uterus während der puerper. Rückbildung. — Die granulierten Zellen. » *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. V, Juni 1897, H. 6.

35. Ackermann. « Die Histogenese und Histologie der Sarkome. » *Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge*, N. 233-234, 1883.

36. Israel. « Ueber die Bacillen der Rotzkrankheit. » *Berliner klin. Wochens.*, Jahr. 20, 1883.

37. Neumann. « Ueber das Vorkommen der sogenannten Mastzellen bei patholog. Veränder. des Gehirns. » *Virch. Arch.*, Bd. 122, 1890.

38. Gottschalk. « Ueber die Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome. » *Arch. f. Gynäk.*, vol. 43, 1893.

39. D'Erchia. « Contributo allo studio del cancro primitivo dell'utero. » *Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia*, vol. IV, 1897.

40. Nordmann. « Beitrage zur Kenntnis und namentlich zur Färbung der Mastzellen. » *International Monatschr. f. Anat. und Histol.*, Bd. 2, 1885.

41. Raudnitz. « Beitrage zur Kenntnis der in Bindegew. Vorkomm. Zellen. » *Arch. f. Mikrosk. Anat.*, Bd. 22, 1883.

42. Poljakoff. « Beitr. zur mikrosk. Anat. und Physiol. d. lockern Bindegewebes. » *Archiv f. Mikrosk. Anat.*, Bd. 45, 1895.

RASSEGNA

A. CIOJA (libero docente). — **Tumore parovarico complicante il parto.** — Milano, 1898.

Nell'interessante caso pubblicato dall'A. trattavasi di un'idro-para-salpinge destra che si era fatta strada attraverso ad una lacerazione a semicerchio dell'attacco inferiore della vagina alla vulva a un cm. all'interno della forchetta e del grande labbro di destra.

La tumescenza elastica della grossezza di un grosso arancio si era presentata al davanti alla testa del feto improvvisamente mentre si facevano trazioni sul forcipe applicato sul vertice fetale fisso in O. A.

Il dott. Cioja fu chiamato dall'operatore a consulto a parto espletato per precisare la diagnosi e per decidere sulla cura. Essendosi riconosciuta la presenza nella parte posteriore della tumescenza del padiglione della tuba di destra la diagnosi non fu difficile. Applicati due lacci in seta si tagliò il peduncolo tra i due lacci e si tamponò accuratamente il canale utero-vaginale e la cavità donde la cisti era uscita. Il puerperio decorse perfettamente regolare e la donna guarì in poco tempo in modo completo.

I diametri della cisti erano di 10 e di 14 cm. Il liquido contenutovi era di 220 cc., senza mucina. L'epitelio di rivestimento era vibratile. L'A. prende argomento dal caso osservato per esporre in modo completo i dati bibliografici che fino ad oggi furono raccolti e per fare considerazioni cliniche ed anatomiche interessanti. Anche l'esame, scrive l'A., del pezzo anatomico può presentare delle difficoltà nella diagnosi differenziale in casi congeneri. Questo giustifica gli ostetrici che prima furono chiamati i quali, per un riguardo apprezzabile nell'A., non sono da lui ricordati. PATELLANI.

G. CAVAZZANI. — **Grandi ascessi parenchimatosi dell'utero.** — Atti del R. Istituto Veneto di Sc. L. ed A., T. IX, Serie VII, 1897-98.

L'esistenza dell'ascesso parenchimatoso dell'utero è stata messa in forse, o addirittura esclusa quasi generalmente, malgrado alcune osservazioni di autori degni di fede. Tuttavia non esistono nell'utero particolari condizioni, o per lo meno non sono state dimostrate, che valgano a impedirvi l'insorgere di questa forma morbosa. Non si può quindi negarla a priori.

Delle due osservazioni del Cavazzani la prima specialmente pare attendibile, essendosi constatate le condizioni locali con una larga laparotomia, colla spaccatura dell'ascesso, il quale occupava lo spazio fra la tonaca muscolare sottosierosa e la sottomucosa. L'ascesso era consecutivo ad una affezione febbrile acuta, coi sintomi di metrite.

Nella straordinaria scarsità di contributi alla questione controversa dell'ascesso uterino, questo del Cavazzani è molto importante. FERRONI.

BIBLIOGRAFIA

M. PAZZI. — **Studio storico-critico sopra la eclampsia puerperale.** — Bologna, Tip. Gamberini e Parmeggiani, 1897.

L'accurata monografia incomincia con una introduzione storica nella quale noi scorgiamo la malattia nel periodo ipocratico, nel periodo del risorgimento, ed infine nel periodo moderno.

Definita la così detta eclampsia puerperale, per « un attacco di convulsioni » violente, subitanee, a tipo tonico-clinico, con perdita completa della coscienza e » della sensibilità, che può sopravvenire tanto nella gravidanza, quanto prima o » dopo il parto, » l'A. non trovando del tutto appropriata la denominazione di eclampsia, per quanto di dominio universale, propone il neologismo *metereclampsia*, al quale dinoterebbe quelle speciali convulsioni che sopravvengono alla donna allorchè è fatta madre, e ciò tanto nella gravidanza, quanto nel parto, quanto nel puerperio. Tocca quindi della frequenza della affezione in discorso desunta da pazienti ricerche che diedero all'autore il possesso di ben 6141 casi sparsi in circa 3000 lavori di tutte le nazioni. Esaminate le forme, i sintomi, la diagnosi, la prognosi materna, esaminata altresì la metereclampsia fetale nella prognosi, il rapporto della metereclampsia colle altre malattie, non che l'eziologia e la patogenesi, passa in accurata rassegna fra le teorie patogeniche, la nervosa, l'idraulica, la fisica, la celiaca, la microbica, la meccanica, l'embolica, la fetale, la catameniale, quella dell'autointossicazione o tossiemica, non che le teorie miste, ed infine espone la propria, che chiama elettro-chimica-lacunare.

Consacra un capitolo alla terapia, e viene alle seguenti conclusioni:

1.° La denominazione di eclampsia puerperale è abusiva, per intendere le convulsioni che possono sopravvenire nella gravidanza, nel parto e nel puerperio.

Il termine da adottarsi sarebbe quello di *metereclampsia*.

2.° Le convulsioni che colgono i bambini di donne eclampsiche non hanno nulla a che fare con le convulsioni reflesse, note comunemente sotto il titolo di eclampsia della infanzia.

Il termine proprio sarebbe di *metereclampsia fetale* o *dei neonati*.

3.° La frequenza della *metereclampsia* può essere approssimativamente vera, purchè si prenda la media della frequenza delle varie statistiche di tutto il mondo, e in tal caso può ritenersi di un caso sopra 327 parti.

4.° La divisione, in *ispecie,* di questa forma morbosa, è tutta arbitraria e d'utilità semplicemente accademica. L'eclampsia è unica, tanto quando si presenta da sè, quanto se si accompagna a complicazioni (nefrite, epatite, polmonite, endocardite, ecc.).

5.° La sintomatologia, la diagnosi, la prognosi della eclampsia puerperale, sono in completo dominio della scienza.

6.° L'etiologia multipla, proteiforme, del tempo passato è ridotta al presente al concetto di un unico veleno da gravidanza (incognito).

7.° La patogenesi del morbo si basa sul processo d'intossicazione sanguigna prima, e sul processo evolutivo di lesioni organiche secondarie, dipendenti da un'unica causa, la gravidanza.

8.° L'eclampsia della gravidanza, del parto e del puerperio, non si complica meno di qualsiasi altra malattia, con processi morbosi svariati, anche di natura diversa (uremia, sifilide, psicosi, ecc.).

9.° La terapia della *metereclampsia* empirica un tempo, oggi è razionale e poggia sulla patogenesi del morbo.

10.° La terapia del giorno non deve essere sistematica, ma poggiare sopra l'eclettismo.

11.° La terapia dell'avvenire sarà la scoperta della antitossina eclampsica.

12.° La terapia della *metereclampsia fetale* è analoga a quella delle convulsioni materne, essendo devoluta allo stesso elemento causale. DECIO.

D.r ANDRÉ CASTAN. — **Les métrorrhagies des jeunes filles.** — Paris, Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, Rue Hautefeuille, 1898, gr. in-8, 96 pages. Prezzo: L. 2,50.

GUSTAVE DE FRUMERIE. — **Massage gynécologique** *(Methode Thure Brandt).* — G. Steinheil, éditeur, Paris. Prezzo: L. 2.

COMUNICATO

Congresso di Ginecologia, Ostetricia e Pediatria

2.ª SESSIONE — MARSIGLIA, 8 OTTOBRE 1898.

Le questioni poste all'ordine del giorno sono le seguenti:

1.° **Sessione ginecologica** (presidente dott. POZZI). — *Diagnosi e trattamento della gravidanza extra-uterina,* relatore dott. P. SEGOND, professore aggregato dell'Università di Parigi (a sessioni riunite).

2.° **Sessione ostetrica** (presidente prof. PINARD). — *Delle auto-intossicazioni gravidiche,* relatore dott. BOUFFE DE SAINT-BLAISE, direttore della Clinica della Facoltà di Parigi e FIEUX, direttore della Clinica della Facoltà di Bordeaux (a sessioni riunite).

3.° **Sessione pediatrica** (presidente dott. A. Broca).

a) A sessioni riunite:

Chirurgia: *Delle ernie addominali congenite,* relatore dott. Delanglade, professore supplente alla Scuola di Medicina di Marsiglia.

Medicina: *Delle associazioni microbiche nella difterite,* relatore dott. Méry, aggregato all'Università di Parigi.

b) A sessione speciale:

La dispepsia dei collegiali, relatore dott. P. Le Gendre, medico degli Ospitali di Parigi.

Trattamento delle cardiopatie infantili, relatore dott. Weill, medico degli Ospitali di Lione.

Le porpore dell'infanzia, relatore dott. Léon Perrin (Marsiglia).

Le diplegie dell'infanzia, relatore dott. Oddo, medico degli Ospitali di Marsiglia.

La coliti dell'infanzia, relatore dott. L. Guinon, medico degli Ospitali di Parigi.

Trattamento del piede torto paralitico, relatore dott. Z. Métaxas (Marsiglia).

Le relazioni sulle questioni proposte al Congresso saranno stampate e distribuite ai membri aderenti alla 1.ª quindicina d'Agosto.

Quelli che vorranno fare qualche comunicazione sono vivamente pregati d'inviarne il titolo al Segretariato prima della data del Congresso, perchè siano citati nel programma delle sedute che sarà inviato agli aderenti prima dell'apertura.

Il Segretario Generale
D.r QUEIREL
20, Rue Grignan - MARSEILLE.

IX Congresso di medicina interna.

La Società italiana di medicina interna, costituita con il concorso di tutte le nostre illustrazioni cliniche, terrà in Torino, negli ultimi giorni di Settembre, od ai primi di Ottobre p. v., il IX dei suoi Congressi.

Con questi convegni annuali essenzialmente essa mira a tenersi nel grado di operosità scientifica onde emergono consimili società straniere, specie di Francia e di Germania.

Il Congresso sarà presieduto dall'illustre prof. Guido Baccelli, e vi si svolgeranno — oltre ai temi già prescritti dal Consiglio direttivo: **Sul salasso — Sull'organoterapia — Sui progressi della diagnostica e della terapia in genere** — numerose altre comunicazioni e conferenze attinenti alla medicina interna e di scientifica attualità.

Per la somma di questi interessanti particolari, nonchè per la coincidenza dell'Esposizione generale aperta in Torino, dove la scienza e l'arte medica sono largamente rappresentate — fra l'altre con una apposita sezione di storia della medicina — ed altresì per la contemporaneità dei Congressi di chirurgia, di igiene, di oculistica e di altre specialità, il Congresso di medicina interna presenta senza dubbio attrattive maggiori dei precedenti.

Siamo pertanto lieti di far conoscere che al Congresso potranno intervenire

anche i medici non soci, purchè rivolgano domanda alla presidenza del Comitato esecutivo in Torino, indirizzata al segretario Magg. med. E. Mangianti (via S. Francesco da Paola, 4) e corredata dal versamento della tassa d'iscrizione come *aderente al IX Congresso di medicina interna* in L. 10, anche su cartolina-vaglia. Il che dà diritto — oltre alla partecipazione nei lavori del Congresso — a riceverne ulteriormente gli *Atti,* alle riduzioni di viaggio e ad ogni altra agevolazione, che il Comitato di Torino, presieduto dal prof. Bozzolo comm. Camillo, in parte ha già ottenuto, e conta ancora di conseguire.

NECROLOGIO

CARLO GIACOMINI

(1840-1898).

Colla morte del prof. Carlo Giacomini scomparve uno dei più distinti insegnanti dell'Ateneo torinese, uno dei più valenti cultori degli studi anatomici in Italia.

Nato a Sale (Tortona) nel 1840, si laureò a Torino nel 1864: dapprima fu medico condotto a Retorbido (Voghera), poi medico del Sifilicomio di Torino; ma non tardò molto ad abbandonare l'esercizio pratico della medicina per entrare come settore nell'Istituto anatomico torinese di cui divenne poscia il Direttore.

La fama incontrastata dei suoi lavori sul cervello e sull'anatomia del negro ci dispensa dal farne un minuto esame e dal tesserne l'elogio: ma, per l'indole speciale dei nostri studi, è doveroso ricordare come in quest'ultimo decennio il prof. Giacomini si sia occupato in modo particolare delle anomalie di sviluppo dell'embrione umano, e come da una serie di osservazioni apparse irregolarmente, per l'indole del materiale di studio, il geniale anatomico torinese abbia saputo a poco a poco illustrare una serie di anomalie coordinantesi fra loro, così da darci fondata speranza che col tempo potesse rappresentare l'evoluzione dei disburbi che si osservano nelle prime fasi dell'embrione umano e dei suoi annessi.

La malferma salute prima ed ora la dolorosa sua perdita hanno impedito che la scienza italiana potesse vantare in modo completo questa vittoria di un suo modesto quanto illustre cultore.

Prof. **Rosario Pugliatti** — Messina.
Prof. **Halbertsma** — Utrech.

Di questi due egregi cultori dell'ostetricia, rapitici testè dalla morte, diremo nel prossimo numero.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Agosto 1898. Num. 8.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF
-3 OCT 98
LIBRARY

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova

diretta dal Prof. Luigi Acconci

DELLA ISTERECTOMIA VAGINALE

STUDIO CLINICO

DEL

Dott. AGOSTINO SAPELLI

Primo Assistente.

Se l'estirpazione dell'utero e degli annessi per via vaginale, considerata come operazione metodica e regolare, è di data relativamente recente, pure l'isterectomia vaginale ha origini abbastanza antiche, e già nel 1560 Andreas a Curcè (1) la praticava per cancro, Ambrogio Pareo nel 1575 per inversione dell'utero, Schenk di Grafenburg (2) (secondo Hegar) ne raccoglieva nel 1600 ben 20 casi.

Fra i primi operatori in Italia bisogna far menzione di Palletta (3), che nel 1812 estirpava per la vagina un utero creduto un tumore sarcomatoso; prima di lui Cavallini, Guidotti, Nannoni (1794) (4) ne avevano ammessa la possibilità, esperimentando su *anima vili*.

Sauter (5) nel 1822 estirpava un utero carcinomatoso, Bellini nel 1828 (6) non solo scriveva intorno al modo di estirpare l'utero carcinomatoso, ma a tale scopo ideava anche strumenti speciali.

Récamier nel 1829 (7) praticava la sua prima isterectomia, servendosi delle allacciature come mezzo di emostasi.

Tale però era il timore che quest'operazione inspirava ai chirurghi che Dieffenbach (1848) (8) la paragonava all'estirpazione della milza e dei reni, e solo la credeva possibile, perchè l'esperienza dimostrava possibili la splenectomia e la nefrectomia.

Fra i primi operatori, oltre Kieter (1878) (9), merita pure menzione

Reiche (1854) (10), il quale sette volte fece l'estirpazione totale dell'utero per via vaginale.

Non ostante però che si ottenessero risultati favorevoli, l'isterectomia vaginale non era universalmente accettata, Hegar e Kaltenbach (1874) (11) non solo se ne mostravano poco partigiani, ma ritenevano assai rari i casi in cui fosse indicata con una certa speranza di successo.

Le idee però espresse da Czerny nel 1879 e gli atti operativi da lui praticati, servirono a richiamarla in onore, segnando una vera epoca nella storia di quest'atto operativo, il quale naturalmente trasse poi vantaggi dalle geniali scoperte del Pasteur e del Lister.

Per i miglioramenti verificatisi in seguito nella tecnica, specialmente per quelli introdotti da Péan e Richelot col loro metodo di forcipressura, fece tale operazione un grande progresso, nè qui si arrestò, che coll'introduzione del *morcellement*, si estesero le sue indicazioni e di più i buoni risultati che dall'isterectomia vaginale si ottenevano in modo diretto, Péan volle raggiungere in via indiretta colla sua proposta della « castratio uterina. » Spetta quindi a Péan, dopo Czerny, il maggior merito di aver volgarizzato quest'operazione.

Attualmente però si discute ancora sopra di alcune indicazioni dell'isterectomia vaginale e, specialmente nella cura delle lesioni degli annessi, le si contrappone la via addominale.

Per questo, valendomi del materiale che si presentò alla mia osservazione, riunendo tutte le operazioni praticate dal prof. Acconci, sia nella Clinica di Padova, che in quella di Genova e quelle della sua pratica privata, in base quindi ad un numero abbastanza grande di casi, mi sono proposto di studiare dal lato clinico ciò che vale la isterectomia vaginale nella cura dei neoplasmi, del prolasso dell'utero e nelle lesioni infiammatorie degli annessi.

Con l'esame spassionato dei fatti, ho cercato di controllare le indicazioni di tale atto operativo, di indagarne i risultati immediati e quelli remoti, vedere quali le difficoltà che si possono incontrare nell'eseguirlo, quale quindi ne sia la migliore tecnica. Confrontando poi tale atto operativo coll'asportazione dell'utero e degli annessi per via addominale, ho cercato di conoscere quali fossero i vantaggi che questo metodo operatorio presentava. E mi è parso che queste ricerche potessero avere anche maggior valore, perchè, riferendosi ad atti ope-

rativi praticati quasi tutti da un'unica persona, tutti ad ogni modo con un indirizzo uniforme, sia per le indicazioni che per la tecnica, le conclusioni che se ne potevano trarre venivano ad acquistare una maggiore importanza di quello che se tale studio fosse stato fatto, sia pure sopra un numero più grande di casi, ma trattati da operatori diversi, quindi con concetti, con tecnica certo differente.

Un altro scopo mi ha guidato ancora; cioè che la estirpazione totale dell'utero e degli annessi, essendo operazione di data relativamente recente, è soggetta a molte ed alle più diverse critiche, le quali è opportuno indagare se e fino a qual punto sieno giustificate.

Da ultimo per l'indagine dei risultati remoti, risultanti da relazioni scritte sia dei medici che delle operate; sia perchè ho avuto l'opportunità di rivedere a varia distanza dall'operazione un gran numero di operate che dietro mio invito si presentarono alla visita, con un'accurata ricerca delle loro condizioni in confronto a quelle in cui si trovavano prima dell'operazione, ho potuto studiare quale fosse l'influenza che un atto operativo radicale esercita sull'organismo in genere, sul sistema nervoso in ispecie, questione quest'ultima, la quale ha dato e dà tuttora luogo ad interessanti discussioni e che interessa non solo il ginecologo, ma anche il psichiatra.

In varie tavole ho riunito tutti i casi dividendoli a seconda della forma morbosa che richiese l'atto operativo, accennando ai dati più interessanti che si riferiscono ai precedenti delle operate, ai disturbi da esse accusati, notando il reperto anatomo-patologico degli organi asportati, i fatti principali occorsi durante o dopo l'operazione e infine riferendo l'esito immediato e l'esito remoto.

Complessivamente i casi raccolti, comprendenti tutte le operazioni di isterectomia vaginale fatte principalmente dal prof. Acconci ed alcune dai suoi assistenti, fino al 31 Luglio 1897 sono 227.

A seconda delle forme morbose, tali operazioni vengono così divise:

Per prolasso dell'utero	N.	15
Per carcinoma	»	44
Per fibromiomi	»	37
Per ovaro-salpingite, senza raccolta tubarica, con metrite e perimetrite	»	42
Riportasi	N.	138

Riporto	N. 138
Per sacto-salpingite emorragica con ematocele retrouterino e metrite cronica e perimetrite (*)	» 5
Per sacto-salpingite sierosa ed ovarite interstiziale e metrite cronica e perimetrite	» 18
Per sacto-salpingite purulenta con metrite, perimetrite, periovaro-salpingite	» 58
Per sacto-salpingite tubercolare con metrite e perimetrite	» 4
Per metrite e perimetrite in donne già operate di castrazione bilaterale addominale	» 4
Totale	N. 227

Faccio notare come, oltre i 62 casi sopra notati di raccolta purulenta nelle tube, ne esistono ancora altri 4 in cui detta lesione era accompagnata con altre affezioni dell'utero, per cui non furono in questa divisione compresi. Così, in un caso di prolasso dell'utero si aveva sacto-salpingite purulenta, lo stesso in due casi di carcinoma, e in un caso di fibromiomi. Per cui complessivamente 66 sarebbero i casi in cui esisteva una affezione suppurata degli annessi.

Sopra questi 227 casi si ebbero tre morti; nel calcolare la percentuale delle mortalità, tengo conto anche di un caso, in cui la morte fu, indipendentemente dall'atto operativo, causata da una bronco-polmonite a focolai confluenti; abbiamo quindi una mortalità di 1. 3 0[0 (**).

Se ricerchiamo la mortalità, in rapporto alle varie forme morbose per le quali l'atto operativo fu praticato, troviamo:

Per prolassi	15	casi,	1	morta
Per carcinomi	44	»	0	»
Per fibromiomi	37	»	1	»
Per ovaro-salpingite senza raccolta tubarica, con metrite cronica e perimetrite . . .	42	»	0	»
Per sacto-salpingite emorragica con metrite e perimetrite	5	»	0	»

(*) Ho creduto meglio usare il termine sacto-salpingite invece di sacto-salpinge (MARTIN. « Malattie delle tube »), come quello che indica non solo una raccolta nelle tube, ma anche il processo infiammatorio delle pareti tubariche.

(**) Dal 1 Novembre 1897 al 30 Giugno 1898, furono nella Clinica praticate N. 36 isterectomie vaginali con zero morte, sommando questi alle precedenti si hanno complessivamente N. 263 casi con 1. 1 0[0 di mortalità.

Per sacto-salpingite sierosa con metrite e parametrite	18	casi,	0	morta
Per sacto-salpingite purulenta con metrite e perimetrite	58	»	1	»
Per sacto-salpingite purulenta tubercolare con metrite e perimetrite	4	»	0	»
Per metrite e perimetrite in donne già operate di castrazione bilaterale.	4	»	0	»

Prima di parlare delle varie forme morbose, voglio qui accennare brevemente al metodo che si segue nella nostra Clinica in riguardo, sia ai preparativi per l'operazione, sia alla preparazione dell'operanda, sia al trattamento post-operativo.

Stabilito l'intervento, viene somministrato all'ammalata, il giorno precedente l'operazione, un purgante (olio di ricino), e nella notte si danno tre cartine di salicilato di bismuto di 1 gr. l'una, a distanza di un'ora l'una dall'altra. Dopo un bagno generale, viene alla sera praticata la tricotomia e un'accurata disinfezione, prima con acqua e sapone, poi con sublimato, dei genitali esterni e della vagina, che si zaffa con garza imbevuta di una soluzione di sublimato 0.50 0|00. Questa preparazione si ripete la mattina seguente un'ora circa prima dell'operazione. Il materiale di medicazione necessario, come cotone, battuffoli di garza, striscie di garza, ecc. viene tutto sterilizzato in un'autoclave Chamberland, portato ad una pressione di due atmosfere: lo stesso si fa per la biancheria, che deve indossare l'operanda e per le vesti dell'operatore e degli assistenti.

Dopo aver svuotata la vescica, previa iniezione ipodermica di 1 centigr. di morfina e 1 mmgr. di atropina, l'operanda viene nel proprio letto cloroformizzata e, a narcosi completa, trasportata sul letto operatorio, dove si pratica una nuova disinfezione dei genitali esterni e della vagina.

Gli strumenti vengono bolliti in una soluzione di carbonato di soda all'1 0|0 e quindi posti in bacinelle contenenti acqua sterilizzata. Tutti gli oggetti che devono servire per l'operazione, come catini, bacinelle, irrigatori, ecc. vengono tutti sottoposti all'ebollizione in un grande recipiente per un'ora circa e da questo vengono tolti immediatamente prima dell'operazione. Il materiale adoperato per le suture e per i lacci fu sempre il catgut, preparato con alcool ed olio di ginepro col metodo del Martin.

Il numero degli strumenti limitato al puro necessario: 1 valva posteriore, 2 laterali e due valve larghe e lunghe di Doyen, 4 robuste pinze Muzeaux, 2 klemmer curvi e 4 retti, 6 pinzette emostatiche (Péan), 1 ago Dechamps, 2 paia di forbici una retta e una curva, 2 bistorì, aghi e portaghi ed un catetere. L'operazione viene fatta sotto un'irrigazione continua di acqua sterilizzata; nei casi di raccolte purulente, si adopera una soluzione di sublimato all'1 0[4000.

Terminata l'operazione, si pratica sempre il cateterismo vescicale e l'ammalata, riposta a letto, viene sorvegliata da personale apposito.

Il trattamento post-operativo è molto semplice: nelle prime 24 ore non si concede che l'uso di piccoli pezzetti di ghiaccio, per moderare la sete intensa; talora si ricorre anche ai clisteri di soluzioni di cloruro di sodio; dopo le 24 ore si concedono acque minerali alcaline (Vichy, Uliveto), marsala, un po' di brodo, e del latte. La sera del secondo giorno viene tolto il drenaggio peritoneale o la garza che zaffa la vagina, praticando una irrigazione vaginale a getto debole di sublimato 1 0[4000.

La mattina del terzo giorno, somministrazione di purgante, olio di ricino, e ottenutone effetto, si permette l'uso di minestrine, di latte, ecc.; cibi solidi non si concedono che al quinto o sesto giorno. Dal terzo giorno in poi, salvo controindicazioni speciali, si permette alla donna di urinare spontaneamente. Al decimo giorno si fa alzare l'operata dal letto e si cominciano a praticare due irrigazioni al giorno con una soluzione di borato di soda al 4 0[0.

Al 14.°-16.° giorno, generalmente, si ha la caduta dei peduncoli e si praticano allora delle medicazioni con nitrato d'argento a giorni alterni.

L'uscita dalla Clinica si permette solo quando la donna ha riacquistato completamente le forze, il che si verifica verso il 20.°-24.° giorno.

Prolasso dell'utero.

Due principali forme di prolasso dell'utero si possono distinguere: la idiopatica e la sintomatica. Quest'ultima trova la sua spiegazione nelle alterazioni del piano perineale verificatesi nella gravidanza e nel parto e che furono messe in evidenza specie da Martin, il quale fa appunto notare come a causa di esse, o per una insufficiente involuzione nel puerperio, la pressione addominale agendo sul piano peri-

neale, ne produce dapprima un leggero grado di indebolimento, che, sempre più accentuandosi, fa risentire i suoi tristi effetti nell'età avanzata, allorchè, per la poca resistenza dei tessuti un semplice *descensus uteri* può facilmente trasformarsi in un vero prolasso. Aggiungi a queste cause la maggior ampiezza dell'ostio vulvare, per la quale facilmente le pareti vaginali possono arrovesciarsi all'esterno; perchè è da tener sempre presente che, non ostante si faccia una divisione fra prolasso dell'utero e prolasso della vagina, pure questi due fatti sono in istretto rapporto eziologico fra di loro.

Noi sappiamo difatti che, quando l'orifizio vaginale è chiuso, quando il piano delle pareti vaginali si eleva verso la forchetta, sicchè esiste una grande obliquità dall' alto al basso e dall' avanti all' indietro, la pressione addominale non fa che addossare le due pareti vaginali anteriore e posteriore, fa sporgere il perineo, senza però che la vagina tenda a fuoriuscire. Che se invece l'ostio vaginale è largamente aperto è permesso l'abbassamento delle pareti vaginali, le quali esercitando trazioni sull'utero, se i legamenti suoi sono poco resistenti, si lascia abbassare.

Del resto che le lesioni del perineo, avvenute durante il parto, che le modificazioni gravidiche dello stesso, rappresentino un fattore eziologico importante del prolasso dell'utero, ha anche sperimentalmente dimostrato O. Morisani (12). Egli, facendo esperienze sui cadaveri, per misurare la forza necessaria a produrre un abbassamento dell'utero, ha trovato che questo, nei casi di lacerazioni perineali, discende molto più facilmente e con un minore impiego di forza, che quando il perineo è integro, che nei cadaveri di puerpere, l'utero discendeva facilmente sotto trazioni fatte con forza molto minore di quella adoperata in altri casi.

Il meccanesimo del prolasso, se può, in rapporto ai varii casi, presentare delle differenze, tuttavia queste sono minime; può certamente una parte del piano perineale presentare minore resistenza prima che un'altra, può tutto il piano perineale mostrarsi subito insufficiente, ma alla fine il risultato è perfettamente lo stesso: l' utero, privo di ogni appoggio, si porta in basso.

Se questo è senza dubbio il modo più frequente di originarsi dei prolassi, si osservano tuttavia, e non raramente, casi in cui i fattori citati non possono essere invocati; in questi bisogna tener invece conto

di una speciale predisposizione individuale agli spostamenti dell'utero, prodotta da uno speciale rilasciamento degli organi di sostegno. Questi sarebbero appunto i casi di prolasso idiopatico.

Anzi per Richelot (13) la maggior parte dei prolassi uterini dovrebbero trovare le loro cause in questo speciale stato diatesico, cui egli dà il nome di artritismo. Per lui la gravidanza e i parti non sarebbero che le cause occasionali per le quali, in queste « degenerate del sistema muscolare » si sviluppa un prolasso, come può verificarsi la ptosi di un altro organo. Su questo concetto insiste il Bouilly (14) ed il Reynier (15), il quale, pur ammettendo essere molteplici le cause del prolasso, ritiene tuttavia che o per una insufficiente funzionalità del sistema nervoso nelle vecchie, o per una particolare debolezza nelle giovani, causate forse dalle privazioni, dalle fatiche, ecc., si venga ad avere una mancanza di tonicità specialmente nell'elevatore dell'ano.

Certo che, pur riconoscendo nelle gravidanze e nei parti la causa più frequente di origine di un prolasso, non si può negare d'altra parte una causa predisponente individuale; se questa poi sia ereditaria, ancora non abbiamo dati per affermarlo.

Benchè il prolasso dell'utero non rappresenti una forma morbosa grave, pure produce sofferenze, spesso anche gravi, dovute in ispecial modo ai disturbi circolatorii che avvengono in corrispondenza delle tube e delle ovaie, alle modificazioni di forma e dei rapporti dell'utero, all'ipertrofia tanto del corpo che del collo, in ispecial modo della porzione sopravaginale ed al fatto che le funzioni del retto e della vescica sono assai spesso difficoltate. Se in alcuni rarissimi casi può una cura ortopedica essere tentata, generalmente si è alla cura chirurgica che bisogna ricorrere, per guarire le ammalate.

I metodi operativi sono assai varii e ciascuno trova speciali indicazioni nella forma e nel grado dello spostamento uterino, così il raccorciamento dei legamenti larghi (Kocks) (16), la ricostruzione dei legamenti utero-sacrali (Herrick) (17), la retrofissazione del collo Fabbri (Sänger) (18), la vagino- e vescico-fissazione (Mackenrodt) (19); la fissazione dell'utero alla parete addominale (Czerny, Olshausen), il raccorciamento dei legamenti rotondi (Alquié-Alexander Adams), i vari metodi di plastica vaginale (Hegar, Simon, Lawson-Tait, Martin, Ruggi, Sänger). Ma tutti questi processi operativi non si possono erigere a metodo assoluto, e tanto meno poi trovano la loro indicazione nei casi di

prolasso antico, in cui non è possibile nè riporre nè mantenere in sito gli organi spostati e notevolmente ipertrofizzati. In questi casi realmente il metodo che può dare risultati duraturi, è l'asportazione dell'utero.

L'idea di asportare completamente l'utero per curarne il prolasso, pare sia stata esposta per il primo da Pakley di Birmingham (20), il quale però non la mise in pratica. Dopo di lui l'utero prolassato fu estirpato varie volte, ma non già di deliberato proposito; così Langenbeck nel 1813 asportò un utero prolassato e canceroso; nelle stesse condizioni operò pure Gherardt (1836) (21). Jurgensen nel 1836 (22) presentava alla Società medica di Copenaghen un utero estirpato per via vaginale prolassato e creduto erroneamente affetto da carcinoma; lo stesso fece Edwards nel 1864 (23). Choppin (1867) (24) pare sia stato il primo che, con animo deliberato, si accinse all'estirpazione per *vaginam* di un utero semplicemente prolassato. Vengono in seguito le osservazioni di Patterson (25), Corradi (26), Hahn, Kehrer, Teuffel, ecc. Finalmente quelle di Martin e Kaltenbach (27), i quali diedero per questo atto operativo indicazioni precise e stabilirono norme operatorie.

Oggigiorno questa operazione, anche in causa degli insuccessi avuti dagli altri metodi, ha acquistato terreno; oggi l'isterectomia vaginale si ritiene indicata:

1.° quando il prolasso causa di notevoli disturbi, non ha ceduto a nessun altro metodo di trattamento operativo;

2.° nell'atrofia del piano pelvico e nell'ipertrofia delle pareti vaginali;

3.° quando l'utero a causa della sua ipertrofia o a causa di aderenze non è riponibile in sito;

4.° quando il prolasso è complicato da tumori o da lesioni degli annessi;

5.° quando tutto l'utero è fuori della vulva e con esso le pareti vaginali.

Una controindicazione si avrebbe nell'età troppo giovane della donna, ma questo è raro a verificarsi, poichè il prolasso è forma morbosa propria dell'età avanzata.

Colla pratica dell'isterectomia vaginale per prolasso si connette la questione se debbansi o no unire a tale operazione dei metodi di autoplastica vaginale.

Mentre Henrotay (28), Jacobs (29), Quenu (30), ecc. si mostrano

partigiani della semplice isterectomia, noi dobbiamo invece ritenere che essa da sola riesca insufficiente, anzi essa trova la sua giustificazione nel fatto che serve come tempo indispensabile di una combinazione operatoria, la quale si propone la restaurazione del piano pelvico (Pozzi) (31).

Il punto più importante dell'isterectomia vaginale è di combinarla con una larga resezione delle pareti vaginali (Bouilly) (32). Martin (33), Fritsch (34), Hartmann e du Bouchet (35) dall'esame di casi clinici sono venuti alla conclusione che per evitare il prolasso delle pareti vaginali, occorre sempre unire delle operazioni plastiche. E così deve essere, perchè, essendo il prolasso non un'affezione dell'utero, ma uno spostamento del piano pelvico, per cui è reso insufficiente nella sua funzione, nostro scopo principale deve essere quello di ristaurare questo piano in quelle condizioni, per le quali possa facimente resistere alla pressione addominale, la quale in ultima analisi è la causa vera di tutta l'affezione.

L'estirpazione dell'utero di per sè sola non costituisce un completo mezzo di cura, poichè asportando l'utero, noi lasciamo incambiate un gran numero di lesioni che con esso non hanno rapporto alcuno; allungamento ed ipertrofia delle pareti vaginali, insufficiente resistenza del perineo, ecc.; ma essa è il miglior mezzo onde rendere più efficaci le successive plastiche, per cui noi possiamo creare una barriera che resista vittoriosamente alla pressione addominale e che ci permetta di ricostruire gli strati più superiori del pavimento pelvico.

È per questo che il metodo recentemente proposto dal Codivilla (36), io credo, potrà dare dei buoni risultati, come del resto già provano i casi operati da lui e quelli della nostra Clinica.

La tecnica da lui usata e che riporto letteralmente è questa: fissato il collo dell'utero con una forte pinza da presa a più denti e stirato in basso, egli traccia a destra ed a sinistra sulla vagina due incisioni per ogni lato, rette, longitudinali, parallele, simmetricamente poste a distanza fra di loro circa 5-6 cm., le quali partono dalla rima vulvare e si portano verso il collo dell'utero. A cagione della posizione centrale di questo nel cono formato dal prolasso, naturalmente le due incisioni anteriori e le due posteriori si riuniscono ad angolo più o meno vicine al collo, secondo la maggiore o minore grossezza di esso. Le estremità vulvari delle incisioni anteriori sono congiunte fra loro

con una nuova incisione e lo stesso vien fatto per le posteriori. Si sono limitati così due grandi lembi triangolari, anteriore l'uno, posteriore l'altro, comprendenti la mucosa vaginale del cistocele e del rettocele, i quali si distaccano abbastanza facilmente dalla vescica e dal retto, quando si incominci la dissezione dal loro angolo e si vada così staccandoli dall'alto al basso.

La maggior parte della dissezione è fatta senza taglienti, stirando semplicemente i lembi e poche pinze emostatiche bastano per far cessare il gemizio di sangue. Egli poi sostituisce queste con allacciature al catgut, libera l'utero dai suoi attacchi colla vagina con un'incisione circolare fatta il più possibile accanto all'orificio esterno e lo esporta nel solito modo servendosi delle allacciature. Generalmente pone 2 o 3 lacci sulla porzione del legamento largo non ricoperta dal peritoneo che abitualmente riunisce coll'ultimo di questi in un sol blocco, ed 1 o 2 lacci nell'altra porzione formando pure di queste un sol peduncolo. Se l'ovaio è prolassato od ammalato, pone questi ultimi lacci al di là degli annessi uterini; in caso contrario l'ovaio è lasciato in posto, ma i lacci vengono situati il più alto possibile.

Due grosse pinze fissano da un lato e dall'altro l'estremità di questo peduncolo, e due pinze di Kocher prendono i bordi dei cul di sacco peritoneali. Una lunga spatola, che attraversa la vagina, giunge nella cavità peritoneale, allontana i tessuti posteriori. La via è abbastanza ampia, perchè riesca sufficientemente facile staccare la lamina peritoneale anteriore dalla vescica per quel tratto che si crederà necessario. Generalmente 2-3 cm. di dissezione sono sufficienti e questo viene fatto facilmente col dito e colle forbici, aiutandosi col tirare in basso le pinze di fissazione e col controllo ripetuto del dito sulla superficie peritoneale. Dopo completato questo distacco, si porta in avanti la spatola e si allontanano così i tessuti situati anteriormente e si ripete lo stesso tempo per il cul di sacco posteriore, il che vien fatto molto più facilmente che all'innanzi. La chiusura del peritoneo è eseguita con una sutura a borsa da tabacco, con grosso catgut, che passa nella parte più alta dei lembi peritoneali dissecati ed abbracciati il peduncoo superiore dei legamenti larghi il più alto possibile, il che si compie facilmente, avendo cura, mentre si passa l'ago, di tirare fortemente in basso le grosse pinze che sono situate sui legamenti stessi. Stretto con forza il laccio e postone per sicurezza un altro tutto all'intorno

se si crede necessario, si reseca la parte esuberante dei lembi peritoneali e si passano coll'ago uno o due nuovi lacci sui tessuti cruentati sottoperitoneali in modo da fissare insieme la superficie scoperta del retto e quella della vescica coi legamenti larghi. Durante questo tempo la vescica ed il retto, che si saranno già rialzati coll'affondarsi del peduncolo peritoneale, si fissano ai legamenti sollevandoli dalla posizione di cisto e rettocele che tenevano. Con sutura a strati si fanno scomparire le superfici cruentate della vagina senza chiuderla completamente nella sua parte alta, attraverso la quale si drenaggiano gli strati superiori con garza jodoformica. Il perineo è rifatto col processo di Lawson-Tait.

Se sopra un numero rilevante di isterectomie vaginali ne figurano solo 15 per prolasso, ciò si spiega, pensando che, se pure non è rara l'affezione, sono rari quei casi, in cui esistano tutte le condizioni indicanti un tale atto operativo e che sopra ho accennate; in molti altri casi capitati all'osservazione si praticarono l'amputazione del collo e le plastiche vaginali. Tutte le nostre operate o aveano passata l'epoca della menopausa o vi erano assai prossime; in 14 casi il prolasso si poteva ascrivere alla categoria dei prolassi sintomatici, nella maggior parte di essi il rapporto eziologico colle gravidanze e coi parti era esattamente stabilito. In un solo caso si poteva parlare di prolasso idiopatico, ed in questo si verificò dopo l'isterectomia la recidiva del prolasso delle pareti vaginali.

In molte di queste donne erano già stati tentati altri mezzi curativi; in due precedentemente era stata fatta una plastica vaginale; in un caso l'operazione di Alexander, senza risultato favorevole.

All'estirpazione dell'utero furono sempre unite le plastiche vaginali, compiendo i due atti operativi in una seduta unica; solamente in un caso, per la coesistenza di una voluminosa sacto-salpingite purulenta, la plastica vaginale fu praticata in secondo tempo.

In quasi tutti i casi il prolasso era totale e sotto lo minimo sforzo l'utero completamente usciva dalla vagina, dimodochè, introducendo il dito nel retto, si poteva facilmente uncinare il fondo. In molti esisteva una notevole ipertrofia della porzione sopravaginale del collo, fatto comune nei prolassi antichi, e che oramai è ammesso sia secondario allo spostamento dell'utero, e conseguenza delle trazioni che sul collo dell'utero esercitano le pareti vaginali.

In tutti l'indicazione all'atto operativo era ben stabilita, sia per l'aver fallito i metodi curativi usati precedentemente, sia perchè non era possibile che, per il volume delle parti, queste potessero essere mantenute *in situ* con una semplice plastica; nel mentre d'altra parte per l'età della donna non era il caso di ricorrere ad atti operativi conservatori. In un caso poi l'indicazione era anche maggiore per la presenza di una lesione suppurata degli annessi di destra.

L'operazione fu pure praticata in una donna di 65 anni e con esito favorevole; non è quindi tanto l'età avanzata quella che di per sè sola possa costituire una controindicazione (Currier (37) operò una donna di 71 anni e con successo), quanto lo stato generale e le condizioni dei tessuti. In tutte le operate il perineo era più o meno alterato, la vulva largamente beante, queste parti avevano perduta la loro elasticità e resistenza normali. Eccettuati i quattro casi operati col metodo Codivilla, per tutti gli altri la tecnica operativa fu la seguente: dopo le solite disinfezioni dei genitali e della vagina, afferrati con 2 pinze Mouzeaux, rispettivamente il labbro anteriore e posteriore, si pratica un'incisione circolare della vagina a 2-3 cm. dall'orificio esterno. Scollata attentamente la vescica, controllandone il distacco con un catetere in essa introdotto, si apre lo spazio del Douglas e si comincia l'allacciatura e sezione dei legamenti larghi da una parte e dall'altra, finchè, messa allo scoperto la piega vescico-uterina, questa viene aperta fissandone la lamina peritoneale alla parete vaginale anteriore con tre punti in catgut, nello stesso modo col quale precedentemente era stato fissata alla parete vaginale posteriore la lamina peritoneale dello sfondato retto-uterino.

Procedendo in alto nell'allacciatura frazionata dei legamenti larghi da un lato e dall'altro, si arriva al fondo dell'utero e procedendo poi all'allacciatura del meso-salpinge e meso-ovario, si arriva facilmente al legamento infundibulo pelvico, asportando così utero ed annessi. Quindi con un ago di media grandezza, armato di catgut, si fissano i peduncoli dei legamenti larghi agli angoli della ferita vaginale, la quale con punti mediani viene chiusa. Praticata l'isterectomia, si fa la colporrafia anteriore e la colpo-perineorrafia con uno dei soliti processi; quello usato fu il metodo di Hegar, come quello che per consenso generale dà i migliori risultati.

L'esito immediato dei casi operati fu favorevole per tutti, uno

eccettuato. Quest' unico caso di morte però non si può attribuire all' atto operativo.

Si trattava di una donna di 50 anni, in cui l'operazione procedette regolarmente, e regolare fu il decorso post-operativo fino al 5.° giorno, allorchè comparvero i segni di una bronco polmonite a focolai confluenti, per la quale l' ammalata venne a soccombere in 13.° giorno dell'operazione.

Nessun accidente occorse durante l'atto operativo, mai lesioni della vescica, non ostante che in parecchi casi la dissezione di questa sia stata particolarmente difficile, causa le numerose aderenze coll' utero e colla vagina; mai si verificarono emorragie tanto temute da alcuni (Bouilly) (38). È vero che questi uteri sono molto vascolarizzati; varicosi (Reynier), vascolarizzati pure sono i tessuti circostanti e le pareti vaginali, ma ciò non crea speciali pericoli.

In un caso si ebbe una emorragia secondaria comparsa 6 ore dopo l' operazione, proveniente dal peduncolo di destra; i lacci non aveano lasciato la presa, ma forse erano insufficientemente stretti. Coll'applicazione di due pinze, l'emorragia fu tosto arrestata.

Io non voglio a questo proposito discutere la questione della preferenza da darsi ai klemmer o alle allacciature, come mezzo di emostasi, nell'isterectomia vaginale, in quanto che non ha ragione di esistere questa questione nel caso speciale del prolasso dell'utero.

Due sole ragioni mi pare bastino per dover assolutamente escludere la forcipressura; il non essere possibile coll' applicazione delle pinze di completare l' operazione in una sola seduta con la restaurazione del piano pelvico, alla quale deve essere assegnata la maggiore importanza, e il non poter chiudere la cavità peritoneale, chiusura che noi ammettiamo essere preferibile.

D'altra parte non mi pare si possa ammettere col Reynier (39) che con la forcipressura si ottiene, per la formazione di cordoni retrattili, uno stiramento in alto della cicatrice vaginale, in quanto che lo stesso risultato si ottiene pure con l'allacciatura, allorchè i peduncoli vengono fissati alle pareti vaginali. E tanto minore importanza si dovrà attribuire a questo fatto, quando si pensi che non è già lo stiramento in alto della cicatrice vaginale quello che da solo potrà impedire una recidiva, ma la possibilità di ottenere un piano pelvico che resista alla pressione addominale.

Il voler affidare la fissazione della vagina in alto ai soli legamenti larghi, o come fa Delbet, ai legamenti rotondi, il voler ottenere anche senza la chiusura della ferita vaginale una cicatrice resistente la quale, col retrarsi in alto dei legamenti, venga a trascinare con sè la vagina, non può, come giustamente osserva il Codivilla, dare sufficiente garanzia per un risultato duraturo. Di fatti, sia per la guarigione di seconda intenzione per la quale si produce una cicatrice inelastica, sia per l'estremo grado di rilasciamento, per la poca tonicità dei tessuti, quale si ha nelle donne affette da prolasso, non si può ottenere una cicatrice sufficientemente resistente; questa a poco a poco si lascia distendere e il prolasso delle pareti vaginali recidiva.

In tutte le operate il decorso post-operativo fu regolare, in una sola (N. 5) fu complicato da una pleurite e bronco-polmonite sinistra guarita in breve tempo.

Se buoni furono i risultati immediati, non meno buoni furono i risultati definitivi, per quanto si riferisce alla recidiva.

Delle 14 operate ne potei rivedere dodici. In queste l'operazione datava in una da più di 3 anni, in 3 da due anni, in 5 da più di un anno, nelle rimanenti tre da sette mesi. Queste ultime furono tutte operate col metodo Codivilla e in nessuna si ha accenno a recidiva; questo è un'altra conferma della bontà del metodo, che io credo sia quello da preferirsi. Fra le altre, in una (N. 3) si ebbe recidiva completa del prolasso delle pareti vaginali le quali, a guisa di un tumore cilindrico, alla cui estremità sta la cicatrice della ferita vaginale fatta per l'isterectomia, sporgono fuori della vulva. È appunto questo il caso che eziologicamente ho creduto di poter ascrivere ai prolassi idiopatici e in questa donna si notò un estremo grado di rilasciamento dei tessuti di tutto il corpo; presenta tutto il quadro di quei tipi che Richelot chiama degenerati del sistema muscolare, nei quali ogni metodo operatorio lascia poca speranza di successo.

In due casi (N. 6-2) si ha un leggero grado di cistocele, il quale però non arreca alcun disturbo; in tutti gli altri la guarigione è perfetta. Abbiamo dunque, sopra 12 operate, recidive in una (8. 3 0[0]), risultato incompleto, in due (16 0[0]), risultato perfetto, in nove (75 0[0]). Queste cifre mi pare possano di per sè sole dimostrare i vantaggi dell'isterectomia vaginale unita alle plastiche come trattamento di cura del prolasso. *(Continua).*

Dott. E. Ferroni. — IL PARTO PODALICO NELLA CLINICA OSTETRICA DI PAVIA

(Continuazione, vedi pag. 359).

La presentazione di podice nel parto prematuro provocato.

Ho creduto conveniente di raccogliere nel seguente quadro i casi di presentazione podalica nel parto prematuro artificiale per le conseguenze che si possono trarre relativamente al decorso del travaglio e al pronostico del feto; l'importanza dell'argomento giustifica del resto l'aggiunta di queste poche parole.

Numero delle gravidanze	Cause che determinarono l'intervento (parto prematuro provocato)	Epoca della gravid. all'istante dell'interv.	Metodo adoperato	Presentaz. e posizione	Decorso del parto	Feto		Puerperio	Osservazioni
						Stato	Peso		
							gr.		
Ipara	Vizio pelvico. CV cm. 7,4.	8.° mese	Puntura delle membrane.	Natiche DA	Normale.	AnR	1101	Regolare.	—
Ipara	Vizio pelvico e inclinaz. esagerata così da rendere lo stretto superiore quasi verticale. CV cm. 8.	8.° »	Puntura delle membrane.	Natiche SA	Normale.	AR	1863	Regolare.	—
Plurip.	Nelle 3 gravidanze precedenti la donna ebbe dei feti morti (senza causa apprezzabile). Si provocò questa volta il parto non appena il feto diede segni di sofferenza.	7.° »	Puntura delle membrane.	Natiche DP	Normale.	Pr.	2034	Regolare.	—
Plurip.	Inclinazione preternaturale del bacino.	8.° »	Puntura delle membrane.	Mista SA	Difficoltà nell'uscita della testa.	AnR	1723	Regolare.	—
Ipara	Vizio pelvico. CV cm. 9,2.	7.° »	Puntura delle membrane.	Natiche SA	Estrazione per sofferenze fetali.	M (in tr.)	2034	Febbrile (con guarigione).	—

Numero delle gravidanze	Cause che determinarono l'intervento (parto prematuro provocato)	Epoca della gravid. all'istante dell'interv.	Metodo adoperato	Presentaz. e posizione	Decorso del parto	Feto: Stato	Feto: Peso	Puerperio	Osservazioni
							gr.		
Plurip.	Vizio pelvico. CV cm. 8,4. (La donna era affetta da febbre quotidiana).	8.° mese	Puntura delle membrane.	Natiche SA	Valide trazioni sulla testa ultima.	M (in tr.)	2373	Regolare.	—
Ipara	Vizio pelvico. CV cm. 8,7. (Pelvi triangolare rachitica).	8.° »	Siringa elastica.	Natiche SA	Difficoltà nell'uscita della testa.	M	1980	Morboso con guarigione.	—
Ipara	Vizio pelvico. CV cm. 7,2.	8.° »	Siringa elastica.	Natiche DP	Estrazione manuale per inerzia.	M (in tr.)	2800	Ischialgia destra.	—
Ipara	Vizio pelvico. CV cm. 6,6.	7.° »	Siringa elastica.	Completa DP	Estrazione del feto e sbarramento dell'arto anteriore.	M (in tr.)	2150	Morboso con guarigione.	—
	Dopo il 1870.								
Ipara	Pelvi rachit. CV cm. 6,6.	7.° »	Siringa elastica.	Natiche DP	Trazioni valide sulla testa ultima.	M (in tr.)	1860	Morboso con guarigione.	—
Ipara	Pelvi rachit. CV cm. 6,6.	7.° »	Siringa elastica.	Completa SA	Normale.	AnR	1060	Regolare.	—
Plurip.	Vizio pelvico. CV cm. 7,9.	7.° mese e 1/2	Siringa elastica.	Natiche SA	Normale.	AnR	1830	Regolare.	—
Ipara	6 gravidanze antecedenti con 6 feti a termine morti e la morte avveniva nell'ultima metà del 9.° mese. Quindi, essendo il feto all'8.° mese e mezzo, si provocò il parto.	8.° mese e 1/2	Siringa elastica.	Completa SA	Contrazioni debolissime.	AR	2950	Morboso con morte della donna (endometrite settica).	Il feto morì dopo 9 ore.
Plurip.	Vizio pelvico. CV cm. 6,6.	7.° mese e 1/2	Siringa elastica e spugna preparata.	Natiche DP	Trazioni validissime sulla testa ultima.	M	2150	Morboso con guarigione.	—

Numero delle gravidanze	Cause che determinarono l'intervento (parto prematuro provocato)	Epoca della gravid. all'istante dell'interv.	Metodo adoperato	Presentaz. e posizione	Decorso del parto	Feto		Puerperio	Osservazioni
						Stato	Peso		
							gr.		
Plurip.	Vizio pelvico. CV cm. 7,6.	7.° mese	Doccia vaginale. Laminaria, spugna e siringa elastica.	Natiche DP	Normale.	V	1000	Regolare.	Il feto morì dopo 4 ore.
Plurip.	Steno-insufficienza mitralica.	8.° »	Doccia e candelette.	Completa DP	Normale.	AR	2520	Regolare.	Il feto morì dopo 16 ore.
Plurip.	Nefrite.	8.° mese e 1[2	Candeletta.	Completa SA	Estrazione manuale.	Pr.	2330	*Statu quo.* Muore dopo 2 giorni.	—
Ipara	Nefrite.	8.° mese	Candeletta.	Completa DA	Normale.	AR	2330	Regolare.	—
Plurip.	Pelvi rachit. CV cm. 6,3.	7.° »	Spugna preparata.	Natiche DP	Normale.	AR	1120	Regolare.	—
Plurip.	Probabili varici della vescica con relative emorragie.	6.° »	Candeletta.	Completa (?)	Normale.	Pr.	800	Regolare.	—
Plurip.	Morte del feto già diagnosticata in gravid. (morto da circa 1 mese).	4.° »	Sedici docce alla Kiwisch. Candeletta.	Podice (?)	Normale.	Pr.	150	Regolare.	—
Plurip.	Morte del feto come nel caso precedente.	7.° »	Candeletta.	Natiche DA	Normale.	Pr.	1300	Regolare.	—

I parti prematuri provocati nei quali il feto si presentò pel podice raggiungono adunque la cifra di 22: 10 di essi appartengono a primipare, 12 a pluripare. La frequenza di questi parti sarebbe del 6.3 0[0. Relativamente all'epoca della gravidanza in cui il parto venne provocato si ha:

2 volte all'8.° mese e 1[2	2 volte al 7.° mese e 1[2	1 volte al 6.° mese
8 » all'8.° »	8 » » 7.° »	1 » » 4.° »

Nella maggior parte dei casi raccolti nella precedente tabella il feto presentavasi pel podice prima di provocare le contrazioni uterine. Una sola volta la testa era in basso al momento della puntura delle mem-

brane: all'insorgere del travaglio si mise in rapporto col fondo e le natiche occuparono l'ingresso del bacino.

In quanto al genere di presentazione si ebbe:

7 volte la podalica completa	1 volta la varietà mista
13 » » varietà natiche	1 » » podalica?

Sul decorso del parto è da notare che 13 casi non presentarono nulla di anormale e di questi 13, 6 appartengono a vizi pelvici. 5 volte fu necessario l'intervento manuale per abnormi resistenze della testa, 4 volte si dovette ricorrere all'estrazione rapida di tutto il feto o per inerzia uterina (1 caso) o per sofferenze fetali. Lo stato di salute dei feti si può così riassumere:

V 1

A 9 { 5 R (due morirono dopo qualche ora).
4 nR.

M 12 { 5 Mtr.
7 Pr.

Facendo astrazione dai premorti e mettendo gli AR coi V e gli AnR coi Mtr., si avrebbe { V 6
M 9 cioè a dire il 60 0[0 di questi ultimi.

Come si vede, tale procento è di gran lunga superiore a quello che abbiamo riferito pel parto podalico in genere. Secondo il Sacchi (193') che ha fatto la media complessiva delle sue osservazioni e di quelle di altri 35 ostetrici portando come risultato ultimo il 49. 34 0[0, la nostra cifra sarebbe esagerata. Ciò farebbe credere che la mortalità fetale nei parti prematuri provocati con presentazione di podice sia maggiore che in tutte le altre prese assieme, poichè le statistiche del Sacchi non comprendono i soli parti per l'ovoide pelvico. Oltre alle percentuali che sul proposito hanno riportato Braun (194) (63. 8 0[0 di feti V), Ahlfeld (195) (60 0[0 V), Leopold (196) (66. 6 0[0 V), ecc., in questi ultimi anni Pinard (197), su 100 parti prematuri provocati dice di aver visto 67 feti vivi e 33 morti. Ciò per le presentazioni in genere. Venendo poi alla podalica in ispecie, egli la ritiene *disastrosa* per la prognosi fetale e consiglia che in ogni parto provocato l'ostetrico si deve sforzare di ottenere una presentazione di vertice e un parto spontaneo. Infatti, dalle sue cifre si nota:

Presentazione di V (parti spontanei) . 50 feti { 44 V
6 M

Estrazione podalica	6 feti	2 V 4 M
Versione	14 »	8 V 6 M
Forcipe	21 »	14 V 7 M

Il forcipe e la versione darebbero risultati migliori che la presentazione podalica pura e semplice.

Leopold (196) su 10 presentazioni di P in parto prematuro provocato ha 3 feti V, 6 M e 1 morto dopo l'8.° giorno dalla nascita.

Se poi raccogliamo le percentuali riportate dal Calderini (198) nei suoi prospetti sui parti prematuri provocati nell'Istituto ostetrico di Parma e in un gran numero di Cliniche e di Maternità d'Italia, e facciamo una media unica comprendendo assieme i vizi pelvici e tutte le altre indicazioni che richiesero l'atto operativo, si ha il 24 0[0 circa di mortalità fetale, riferibile a tutte le presentazioni in genere.

Porro (199) invece la fa ascendere al 75. 76 0[0 e su per giù agli stessi risultati pervengono gli altri ostetrici che hanno raccolto il loro materiale clinico nella Maternità di Milano (Chiara, Mangiagalli, Chiarleoni, Truzzi, ecc.) (200). Per ragioni facili a comprendere, la nostra statistica si deve paragonare a queste ultime più che alle altre: da ciò nascerebbe che il pronostico fetale nei parti prematuri con presentazione di podice non è tanto grave come vuole Pinard (197), dal momento che la cifra da noi riportata non supera quella stabilita per tutte le presentazioni prese complessivamente.

Tarnier (201), facendo il calcolo della mortalità fetale nei parti prematuri provocati a diverse epoche della gravidanza, stabilì il 60 0[0 al 6.° mese, 36. 4 0[0 al 7.° e 17. 3 0[0 all'8.°; i feti si manterrebbero adunque in vita tanto più facilmente quanto più tardi s'interviene. Dai nostri casi si rileva lo stesso fatto ormai abbastanza conosciuto, ma la percentuale della mortalità non è quella del Tarnier. Infatti:

8.° mese 4 AR, 2 AnR e 2 Mtr. cioè M = 50 0[0
7.° mese 1 AR, 2 AnR e 3 Mtr. » M = 71 »

Per la prognosi materna basta dire che prima del 1870 si ebbero 5 puerperî normali e 4 morbosi con guarigione, dopo il 1870, 9 normali, 2 morbosi con guarigione e 2 seguiti da morte, dei quali uno per

uremia. Complessivamente si avrebbe perciò una mortalità media del 4.54 0[0 inferiore a quella del 9.58 0[0 che il Sacchi (193) riporta nello specchietto poc'anzi citato. Anche il pronostico dei casi avvenuti lungo il periodo antisettico è soddisfacente: Porro (199) aveva già dato a tale riguardo un procento del 23.25. Ricaviamo da questo che la presentazione podalica nei parti prematuri provocati non è dannosa per la madre più di quanto lo siano tutte le altre presentazioni. Pinard aveva notato che in genere il puerperio è più spiccatamente fisiologico che nei parti spontanei dall'epoca in cui l'ostetricia si valse dei mezzi antisettici: ciò perchè l'asepsi e l'antisepsi sono più rigorosamente osservate.

Il parto prematuro fu provocato:

13	volte	per	vizî pelvici
1	»	»	esagerata inclinazione del bacino
2	»	»	morte del feto (avvenuta in gravidanza)
2	»	»	ottenere un feto vivo da donna che in tutti i parti precedenti aveva avuto feti morti
2	»	»	nefrite
1	»	»	vizio cardiaco
1	»	»	varici della vescica con emorragia.
22			

La presentazione di podice che si riscontra nei bacini viziati dopo l'artificiale interruzione della gravidanza ha un pronostico alquanto diverso da quello che si è riportato per l'intiero numero dei casi. Comprendendo nel calcolo anche l'esagerata inclinazione della pelvi e prescindendo dai Pr. si ha 1 feto V, 2 AR e 5 Mtr., il che significa una mortalità del 75 0[0, cifra rilevantissima ove si consideri quella del 26.88 0[0 riferita dal Calderini (198) come media della mortalità fetale su 305 casi di stenosi pelvica che avevano richiesto la provocazione del parto prematuro. Ahlfeld (195) nei soli bacini viziati trova al momento della nascita una mortalità fetale del 14.85 0[0.

Da ciò siamo indotti a credere che il pronostico della presentazione podalica nel parto prematuro provocato si aggrava notevolmente se la causa dell'interruzione della gravidanza fu il vizio pelvico.

Relativamente al grado della stenosi si ha una mortalità fetale del 66.6 0[0 nei bacini con una CV superiore agli 8 cm., del 75 0[0

al di sotto di questo limite. Infatti, togliendo i Pr. su 3 viziature di 1.° grado si ebbe un sol feto AR, su 8 di 2.° grado 1 V e 1 AR. Lo stesso Ahlfeld (195) non trova un feto V al di sotto di 7 cm. di CV, il 66. 6 0[0 di vivi da 7 a 8 cm. e 1[2, l'84 0[0 da 8 cm. e 1[2 a 9. 75. La prognosi materna in questi casi di viziatura pelvica è felicissima, poichè non si è notato neanche un decesso. Ciò accorda con quanto hanno detto la maggior parte degli ostetrici sullo stesso argomento, ma per tutte le presentazioni in genere [Hohl (138), Leopold (196), Wiedow (202), ecc.]. Sui metodi adoperati per interrompere la gravidanza figurano nello specchietto 6 volte la puntura delle membrane (prima del 1870) e 16 volte, considerate complessivamente, la laminaria, il tupelo, le candelette, le docce alla Kiwisch. Stando ai casi degli ultimi anni, i migliori risultati si ebbero con la doccia e l'applicazione della candeletta.

La presentazione podalica nei vizî pelvici.

A proposito dell'etiologia dissi qualche cosa sulle viziature pelviche nelle quali si era riscontrata la presentazione di podice e rimandai ad altro punto del lavoro l'esposizione dei pochi dati che non si riferivano a quell'argomento. Raggruppai i miei 41 casi di vizio pelvico in una speciale tabella che credo utile richiamare alla mente:

Vizî pelvici di 1.° grado (CV 8-10)	Bacini simmetrici	B. semplicemente piatti (rachitici e non rachitici)	N. 18	27
		B. totalmente ristretti (e totalmente ristretti piatti)	» 6	
	Bacini asimmetrici		» 3	
Vizî pelvici di 2.° grado (CV 6,4-8)		B. totalm. ristretti simmetrici	» 10	12
		B. » » asimmetrici	» 2	
Pelvi osteomalaciche			» 2	
			N. 41	

Oltre a tutte le particolarità relative a queste pelvi viziate, riportai anche il numero delle Ipare e pluripare (22 delle prime e 19 delle altre) con speciale riguardo al grado di stenosi pelvica. Di tutto ciò non mi occupo ulteriormente. Resta solo da dire poche parole sull'andamento del parto in genere e sul pronostico fetale e materno. Trascrivo nella seguente tabella i dati più interessanti di ciascun caso:

	Lunghezza della CV.	N.° delle gravid.	Epoca della gravidanza	Presentaz. e posizione	Durata del travaglio	Andamento del travaglio ed interventi	Feto		Puerperio
							Stato	Peso	
								gr.	
Vizi pelvici di 1.° grado — Pelvi simmetr. — Pelvi asimmetr.	cm. 9,2	Ipara	A termine	SISA (natiche)	?	Si aiutò il disimp. del pod. uncin. col dito l'inguine sinis.	M (ascitico)	2118	Normale.
	» 8,4	Plurip.	A termine	SIDA (ginocchia)	24 ore	—	V	2712	Normale.
	» 9,2	Plurip.	A termine	SISA (natiche)	9 »	Difficoltà nell'estrazione della testa.	AnR	2541	Normale.
	» 8,4	Plurip.	7.° mese	SIDA (natiche)	14 »	Spasmo uterino.	AR	1356	Normale.
	» 8,4	Plurip.	A termine	SISA (piedi)	9 »	Estrazione del feto (enormi resistenze).	Mtr.	2768	Normale.
	» 9,2	Ipara	A termine	SISA (piedi)	6 «	Estrazione del feto (molte resistenze).	Mtr.	2597	Normale.
Pelvi simmetriche. — *Pelvi semplicemente piatte* (rachitiche e non rachitiche).	» 9,2	Plurip.	5.° mese	SISP (ginocchia)	18 »	—	M	619	Normale.
	» 8,4	Ipara	A termine	SIDP (natiche)	24 »	Contrazioni languide nei primi tre tempi.	M (ascitico)	2118	Normale.
	» 8,4	Ipara	A termine	SIDP (natiche)	12 »	Trazioni valide pel disimpegno della testa.	AR	2541	Normale.
	» 9,2	Ipara	A termine	SISA (natiche)	56 »	—	Mtr	3502	Morboso con guarigione.
	» 8,4	Plurip.	A termine	SIDP (completa)	13 »	Procidenza delle mani e del cordone. Con grandi difficoltà si abbassarono nello scavo le natiche sempre fisse allo stretto superiore e si ottenne il disimpegno della testa e delle spalle. Forcipe sulla testa ultima.	AnR (idrocef.)	2415	Morboso con guarigione.
	» 8,4	Plurip.	8.° mese	SISA (natiche)	5 »	Febbre intermittente quotidiana in gravidanza. Provocazione del parto prematuro. Difficoltà nell'estrazione della testa.	Mtr.	2373	Normale.

	Lunghezza della CV.	N.° delle gravid.	Epoca della gravidanza	Presentaz. e posizione	Durata del travaglio	Andamento del travaglio ed interventi	Feto: Stato	Feto: Peso	Puerperio
								gr.	
Pelvi simmetriche. — *Pelvi semplicemente piatte* (rachitiche e non rachitiche).	cm. 8,4	Plurip.	A termine	SIDP (natiche)	10 ore	Inerzia dell'utero. Estrazione manuale del feto (difficile).	Mtr.	3330	Morboso con guarigione.
	» *9,0*	*Ipara*	*A termine*	*SIDP (natiche)*	16 »	*Estrazione del feto.*	AR	3350	*Morboso con guarigione.*
	» *8,5*	*Plurip.*	*8.° mese*	*SISP (completa)*	7,30 »	*Estrazione per sofferenze fetali.*	AR	2270	*Morboso con guarigione.*
	» *8,5*	*Ipara*	*6.° mese*	*SIDP (completa)*	8,12 »	*Estrazione.*	M (macerato)	740	*Normale.*
	» *8,0*	*Ipara*	*8.° mese*	*SISA (natiche)*	18 »	*Forcipe su testa ultima inutilmente. Estrazione della testa uncinando le arcate orbitarie.*	Mtr. (idrocefalo)	2450	*Normale.*
	» *8,5*	*Plurip.*	*6.° mese*	*SISA (natiche)*	4,10 »	—	M (macerato)	830	*Normale.*
Pelvi totalmente ristrette (e totalmente ristrette piatte)	» 8,4	Ipara	8.° mese	SISA (piedi)	?	Estrazione del feto.	AR (morì dopo 14 ore)	2373	Normale.
	» 10,0	Plurip.	A termine	SISA (natiche)	60 »	—	AnR	2541	Morboso con guarigione.
	» 10,0	Ipara	A termine	SISA (mista)	10 »	Procidenza del cubito sinistro e del cordone. Estrazione perchè si avanzava contemporaneamente la parte superiore ed inferiore sinistra del tronco.	AnR	2597	Morboso con guarigione.
	» 8,4	Ipara	A termine	SISA (natiche)	12 »	Trazioni pel disimpegno delle spalle e della testa.	AnR	2541	Normale.
	» 8,4	Ipara	A termine	SIDP (natiche)	13 »	Difficoltà lungo tutto il passaggio attraverso la filiera pelvi-genitale.	Mtr.	2202	Morboso con guarigione.
	» 9,2	Ipara	8.° mese	SISA (natiche)	14 »	Provocazione del parto prematuro.	Mtr.	2034	Morboso con guarigione.

	Lunghezza della CV.	N.° delle gravid.	Epoca della gravidanza	Presentaz. e posizione	Durata del travaglio	Andamento del travaglio ed interventi	Feto		Puerperio
							Stato	Peso	
								gr.	
Pelvi asimmetriche (coxalgiche, scoliotiche, ecc.)	cm. 10.0	Ipara	A termine	SIDA (natiche)	14 ore	Abbassamento dei piedi ed estrazione. Eccessive resistenze della testa.	Mtr.	3558	Morboso con guarigione.
	» 10.0	Plurip.	A termine	SIDA (ginocchia)	60 »	Procidenza del cordone. Estrazione del feto.	AnR	3897	Morboso con guarigione.
	» 8,0 con inclinaz. del bac. così da rendere quasi vertic. lo stretto sup.	Ipara	8.° mese	SISA (natiche)	5 »	Parto prematuro provocato.	AR	1863	Normale.
Vizi pelvici di 2.° grado — *Pelvi totalmente ristrette simmetriche.*	cm. 6,7	Plurip.	A termine	SIDP (natiche)	32 »	Estrazione forzata della testa.	Mtr.	2034	Morboso con guarigione.
	» 8,7 triangolare	Ipara	8.° mese	SISA (natiche)	30 »	Provocazione del parto prematuro. Estrazione forzata della testa ultima.	Mtr.	1980	Morboso con guarigione.
	cm. 7.2	Ipara	8.° mese	SIDP (natiche)	4 »	Provocazione del parto prematuro. Estrazione manuale per inerzia.	Mtr.	2800	Ischialgia destra.
	» 6,6	Ipara	7.° mese	SISA (completa)	6 »	Provocazione del parto prematuro. Estrazione appena le natiche si mostrarono al piano perineale. Sbarramento dell'arto anteriore.	Mtr.	2150	Morboso con guarigione.
	» 7,9	*Plurip.*	*7.° m. 1/2*	*SISA (natiche)*	*3* »	*Provocazione del parto prematuro.*	*AnR*	*1830*	*Normale.*
	» 6,6	*Plurip.*	*7.° m. 1/2*	*SIDP (natiche)*	*33* »	*Provocazione del parto prematuro. Trazioni validiss. sulla testa ultima.*	*Mtr.*	*2150*	*Morboso con guarigione*
	» 7,6	*Plurip.*	*7.° mese*	*SIDP (natiche)*	*8* »	*Provocazione del parto prematuro.*	*V (muore dopo 4 ore)*	*1000*	*Normale.*
	» 6.3	*Plurip.*	*7.° mese*	*SIDP (natiche)*	*6* »	*Parto prematuro provocato.*	*AR*	*1120*	*Normale.*

		Lunghezza della CV.	N.° delle gravid.	Epoca della gravidanza	Presentaz. e posizione	Durata del travaglio	Andamento del travaglio ed interventi	Feto		Puerperio
								Stato	Peso	
									gr.	
Vizi pelvici di 2.° grado	*Pelvi totalmente ristrette simmetriche.*	cm. ?	Ipara	A termine	SIDP (natiche)	2 giorni	Cefalotribo a testa ultima.	Mtr.	?	Morboso con guarigione.
		» 7,4	Ipara	8.° mese	SIDA (natiche)	14 ore	Parto prematuro provocato	AnR	1101	Normale.
	Pelvi totalmente ristrette asimmetriche.	» *6,6*	*Ipara*	*7.° mese*	*SIDP (natiche)*	*4* »	*Provocazione del parto prematuro. Trazioni sulla testa ultima.*	*Mtr.*	*1860*	*Morboso con guarigione.*
		» *6,6*	*Ipara*	*7.° mese*	*SISA (completa)*	*5* »	*Provocazione del parto prematuro.*	*AnR*	*1060*	*Normale.*
Pelvi osteomalaciche.		» 7,2	Plurip.	A termine	SIDP (natiche)	44 »	Taglio cesareo (la donna da più di 7 mesi era obbligata al letto).	V	3219	Peritonite. Morta in 3.ª giornata.
		» 10,0	Plurip.	A termine	SISA (natiche)	10 »	Estrazione del feto.	AnR	2653	Normale.

NB. I casi stampati con carattere corsivo appartengono a dopo il 1870.

Il parto in presentazione di podice si avverò quindi:

21	volte	a termine		
9	»	» 8 mesi	(6 dei quali provocati)	
8	»	» 7 »	(7 » » »)	
2	»	» 6 »		
1	»	» 5 »		
41				

e secondo il genere e il grado di vizio pelvico:

1.° grado	a termine	17 volte		
	a 8 mesi	6 »	3 spontanei	
			3 provocati	
	a 7 »	1 »	(spontaneo)	
	a 6 »	2 »	»	
	a 5 »	1 »	»	

Due dei parti provocati all'8.° mese si debbono a febbre quotidiana oltre che al vizio pelvico e ad abnorme inclinazione del bacino che si addizionava alla stenosi.

2.° grado	a termine	2 volte	
	a 8 mesi	3 »	(provocati)
	a 7 »	7 »	»
Pelvi osteomalaciche		2 »	a termine

Nessun'altra osservazione, oltre a quelle che possono nascere dal rapporto tra vizio pelvico e parto prematuro provocato, e sulle quali è inutile trattenersi, si può ricavare da queste cifre. La frequenza del parto podalico spontaneo, considerato nei vari mesi della gravidanza non si allontana gran che da quella osservata nei bacini normali.

In quanto alla presentazione del feto si ebbe:

Ovoide podalico	completo	. . . . .		5	volte	=	12.1 0[0
» »	incompleto	varietà	natiche	29	»	=	70.7 »
» »	»	»	piedi	3	»	=	7.3 »
» »	»	»	ginocchi	3	»	=	7.3 »
» »	»	»	mista	1	»	=	2.4 »
				41			

Riportando il tutto alle pelvi normali, si vede come la percentuale della varietà natiche e successivamente della varietà ginocchi e piedi sia abbastanza aumentata, mentre è diminuito il numero delle presen-

tazioni podaliche complete e della varietà mista. Qualsiasi spiegazione è superflua. Secondo il grado della stenosi pelvica, dalla precedente tabella si rileva:

1.° grado	Podice completo	3 volte	= 11.1 0[0
	» incompleto varietà natiche .	17 »	= 62.9 »
	» » » piedi .	3 »	
	» » » ginocchi	3 »	
	» » » mista .	1 »	
2.° grado	Podice completo	2 »	= 16.6 0[0
	» incompleto varietà natiche .	10 »	= 83.3 »

Pelvi osteomalaciche N. 2 } varietà natiche.

La varietà natiche è adunque più frequente nei vizi di 2.° grado e se ne capisce senz'altro il perchè; la presentazione podalica completa, stando alle percentuali, sarebbe anche più frequente nelle stenosi di 2.° grado, ma se riscontriamo i casi che vi si riferiscono, in uno di essi la gravidanza fu interrotta al 7.° mese, nell'altro il feto pesava 1060 gr.

Per le posizioni si ebbe complessivamente:

SISA	20 volte	= 48.7 0[0
SIDP	14 »	= 34.1 »
SIDA	5 »	= 12.1 »
SISP	2 »	= 4.8 »

A questo riguardo non vi sono delle grandi differenze con i procenti ricavati dai bacini normali: soltanto la cifra della SA sarebbe un po' più piccola, e più accentuata quella della DP e DA. A seconda del grado dei vizi pelvici si avrebbe la prevalenza della DP sulla SA nei bacini con una CV al di sotto di 8 cm. e viceversa in quelli dagli 8 ai 10 cm. Infatti:

1.° *grado*			2.° *grado*		
SA	15 volte	= 75 0[0	SA	4 volte	= 20 0[0
DP	6 »	= 42.8 »	DP	7 »	= 50 »

Il peso dei feti, escludendo quelli nati al 6.° e al 5.° mese, ha dato la seguente media generale:

a termine	gr. 2724
8.° mese	» 2148
7.° »	» 1617

I feti a termine sono quindi meno sviluppati degli altri appartenenti a donne con bacino normale; la differenza in meno sarebbe di gr. 116. Gli ottimestri e i settimestri, al contrario, presenterebbero un maggiore sviluppo. Secondo il grado della stenosi pelvica, si ha:

1.° *grado*		2.° *grado*	
a termine . .	gr. 2740	a termine . .	gr. 2034
8.° mese . . .	» 2261	8.° mese . .	» 1960
7.° » . . .	» 1695	7.° » . .	» 1595

I feti che appartengono alle pelvi viziate di 2.° grado sarebbero meno sviluppati di quelli del primo.

Sulla durata del travaglio nelle diverse viziature pelviche e nei vari mesi della gravidanza abbiamo:

Vizi di 1.° grado. — *A termine.* Durata media complessiva (Ipare e plurip.) 21^h e 7'; nelle Ipare 18^h e 1', nelle plurip. 26^h e 4'. Difatti:

Primipare		*Pluripare*	
6 ore . . .	1 volta	9 ore . . .	2 volte
10 » . . .	1 »	10 » . . .	1 volta
12 » . . .	2 »	13 » . . .	1 »
13 » . . .	1 »	24 » . . .	1 »
14 » . . .	1 »	60 » . . .	2 volte
16 » . . .	1 »		
24 » . . .	1 »		
56 » . . .	1 »		
? » . . .	1 »		

Nel caso di bacini stenotici con parto podalico a termine si ha una durata del travaglio superiore a quella delle pelvi normali. E questo è spiegabilissimo. Il fatto che però meraviglia è la durata minima nelle primipare e massima nelle pluripare, fatto che in parte si può giustificare coi particolari trascritti nel precedente quadro.

All'8.° mese invece la durata media del travaglio è di ore 10; di 12^h e 3' nelle Ipare e di 6^h e 5' nelle pluripare, cioè a dire una durata più breve che nei bacini normali.

Primipare		*Pluripare*	
5 ore . . .	1 volta	5 ore . . .	1 volta
14 » . . .	1 »	8 » . . .	1 »
18 » . . .	1 »		
2 » . . .	1 »		

Per il 7.° mese non abbiamo che un caso di una pluripara con un travaglio di 14 ore.

Vizi di 2.° grado. — Li compendio in questo specchietto perchè il numero delle osservazioni è molto limitato:

A termine

Primipare	*Pluripare*
2 giorni . . . 1 volta	32 ore . . . 1 volta

8.° *mese*

Primipare	*Pluripare*
4 ore . . . 1 volta	— —
14 » . . . 1 »	
30 » . . . 1 »	
media 16 ore	

7.° *mese*

Primipare	*Pluripare*
4 ore . . . . 1 volta	3 ore . . . 1 volta
5 » . . . . 1 »	6 » . . . 1 »
6 » . . . . 1 »	8 » . . . 1 »
media 5 ore	33 » . . . 1 »
	media 12^h 5'

media complessiva 9^h e 2'.

La durata del travaglio, com'era facile capire, è nei vizî di 2.° grado più lunga che in quelli di 1.°. Nei casi di pelvi osteomalacica una volta il travaglio durò 10 ore, un'altra volta 44 ore e s'intervenne col taglio cesareo.

Prognosi materna. — Complessivamente risulta dallo specchietto:

Puerperio normale 22 volte

» morboso 19 » { 18 volte con guarig.
1 » » morte

Si noti che tra i puerperî morbosi con guarigione si è annoverato il caso di ischialgia destra e che la donna morta è quella sulla quale venne eseguito il taglio cesareo. Togliendo dal calcolo quest'ultimo caso, non vi sarebbe neanche una puerpera morta, quantunque la percentuale della morbilità sia abbastanza elevata (46.3 0[0]). Ciò si deve

al gran numero d'interventi e principalmente alla non rara provocazione del parto prematuro. Prima del 1870 si ebbero 15 puerperi normali e 15 morbosi, di cui 14 seguiti da guarigione; dopo il 1870, 7 normali e 4 morbosi: la mortalità è in questo periodo alquanto diminuita. Nei vizî di 1.° grado la morbilità è minore e se ne capisce facilmente il perchè.

1.° *grado.*

Normale . . . . . 16 volte
Morboso . . . . . 11 » con guarigione (40. 7 0[0)

Prima del 1870.	*Dopo il 1870.*
Normale 13 volte	Normale 3 volte
Morboso 9 » con guarig. (40. 9 0[0)	Morboso 2 » con guarig. (40 0[0)

2.° *grado.*

Normale . . . . . 5 volte
Morboso . . . . . 7 » con guarigione (58. 3 0[0)

Prima del 1870.	*Dopo il 1870.*
Normale 1 volta	Normale 4 volte
Morboso 5 volte con guarig. (83. 3 0[0)	Morboso 2 » con guarig. (33. 3 0[0)

Pelvi osteomalaciche { Normale . . . . 1 volta / Morboso con morte 1 » } prima del 1870.

Pronostico fetale. — Considerando i feti nati a termine, all'8.° e al 7.° mese, si ebbe:

Feti V 3
» A 17 { 7 R / 10 nR } cioè a dire, facendo astrazione dai Pr. { V 10 / M 26
» M 18 { 2 Pr. / 16 Mtr. }

La mortalità sarebbe quindi del 72. 2 0[0, senza contare che un feto vivo ed uno asfittico riavuto morirono poco dopo la nascita. Questa percentuale così elevata trova una spiegazione in tutti i particolari che sono stati trascritti nell'apposita tabella.

Secondo il grado del vizio pelvico la mortalità è maggiore quanto più breve è la lunghezza della CV: pei bacini di 2.° grado, oltre all'aumento dell'ostacolo, si deve anche pensare allo scarso sviluppo del feto che viene all'esterno quasi sempre prematuramente.

1.° grado	V 1		2.° grado	V 1	
	A 12	6 R 6 nR		A 4	1 R 3 nR
	M 11	2 Pr. 9 Mtr.		M 7	Mtr.

Pelvi osteomalaciche { 1 V, 1 AnR }

Nel 1.° caso la mortalità è del 40.9 0[0, nel 2.° del 58.3 0[0.

Pochissima differenza passa tra il pronostico fetale della presentazione podalica completa, e quello della varietà natiche, essendo del 75 0[0 l'uno e del 73 0[0 l'altro.

Ovoide pod. completo	A 3	1 R 2 nR	; varietà natiche	V 2	
	M 1	Mtr.		A 11	5 R 6 nR
				M 15	2 Pr. 13 Mtr.

nella varietà ginocchi si ebbe 1 feto V e 1 AnR; nella varietà piedi 1 AR e 2 Mtr., nella mista 1 AnR. Nulla di speciale relativamente alle posizioni. Questi risultati sono pressochè identici, facendo i dovuti rapporti, a quelli riferiti pei bacini normali.

In quanto al peso dei feti si può dire che i più sviluppati sono morti in travaglio. Non si è riscontrata nessuna lesione fetale fra le tante che in simili casi sono state descritte da parecchi autori.

***

Al pronostico fetale si lega intimamente la frequenza dell'intervento, molto più trattandosi di vizî pelvici.

Sui miei 41 casi, 8 soli non richiesero alcun soccorso dell'arte e questi 8 parti spontanei appartengono a bacini viziati di 1.° grado. Ciò non esclude che il feto non abbia risentito, malgrado il decorso normale del travaglio, le conseguenze immediate della stenosi pelvica.

Consideriamo i *vizî di 1.° grado*. Gl'interventi furono 22:

Parto prematuro provovato (8.° mese) . . .	3 volte	(oltre che per vizio pelvico per inclinaz. del bacino e febbre quotidiana).
Estrazione manuale di tutto il feto	11 volte	per inerzia, sofferenze fetali, ecc.
» » delle spalle e della testa	1 »	
» » della sola testa	4 »	
Uncinazione digitale dell'inguine ant. . .	1 »	
Forcipe su testa ultima	2 »	

Si noti che in qualche caso vennero praticati sullo stesso feto parecchi di questi atti operativi.

In seguito al parto prematuro artificiale 2 feti morirono in travaglio e uno nacque asfittico e si riebbe; in uno dei primi due fu estratta la testa mentre gli altri vennero all'esterno senza alcun soccorso. La estrazione manuale del feto diede 1 Pr. 3 AR (uno dei quali morì dopo qualche ora), 3 AnR e 4 Mtr. La mortalità in questo caso fu dell'80 0[0 tenendo calcolo dell'AR che non potè sopravvivere. Il feto di cui furono estratte le spalle e la testa nacque A e non si riebbe; fra quelli che richiesero l'aiuto manuale per l'espulsione del solo estremo cefalico notiamo 1 AR, 1 AnR e 2 Mtr. (uno di questi idrocefalo).

L'uncinazione digitale dell'inguine fu praticata su di un feto Pr., e l'applicazione di forcipe a testa ultima su due idrocefali, uno dei quali era già morto in travaglio e l'altro nato asfittico non ritornò in vita.

Vizî di 2.° grado. — S'intervenne in tutti i casi e gli atti operativi furono 17, giacchè parecchi di essi si riferiscono allo stesso feto.

Parto prematuro provocato 10 volte. Considerando i soli casi (N. 5) in cui non fu necessario un altro intervento, si ebbe 1 feto V che morì subito dopo, 1 AR e 3 AnR.

Estrazione manuale 2 volte con entrambi i feti Mtr. in uno dei quali si sbarrò l'arto anteriore.

Estrazione della sola testa 4 volte con 4 Mtr.

Cefalotribo a testa ultima 1 volta, applicato su di un feto che era già morto.

Relativamente ai due casi di osteomalacia s'intervenne col taglio cesareo (feto V) e con l'estrazione manuale (AnR).

Aggiungiamo infine che lungo il travaglio si notarono tre procidenze di cordone, di cui una era accompagnata da procidenza di entrambe le mani e un'altra da procidenza del cubito anteriore (3 AnR) e uno sbarramento d'arto (Mtr.).

Ciò conferma come tali anomalie siano frequenti nei bacini viziati.

Da questa sommaria esposizione si rileva la gravità dell'intervento ogni qualvolta esso fu richiesto e quindi la gravità della prognosi fetale, specialmente nei casi di estrazione della metà superiore del tronco. L'estremo cefalico è quello che risente i maggiori ostacoli da parte della pelvi stenotica e la mortalità massima si deve appunto alla dif-

ficoltà che incontra la testa nel venire all' esterno, sia che si liberi spontaneamente, sia che venga estratta artificialmente.

Le manovre consigliate da Champetier de Ribes (203) in base al meccanismo speciale che eseguisce la testa per attraversare lo stretto superiore stenotico, offrono la possibilità di migliorare il pronostico per la minor durata dell' intervento e per lo scarso numero di lesioni fetali a cui generalmente si va incontro quando si cerca di estrarre la testa senza l'applicazione di questo metodo.

Tuttavia, anche praticando la manovra dello Champetier, i pericoli dell'estrazione non sono completamente eliminati e il pronostico non migliora di tanto di quanto a prima vista si potrebbe credere. A questo riguardo sarebbe proprio il caso di pensare se convenga di più nelle presentazioni dell'ovoide pelvico lasciare il parto a sè e intervenire con l'estrazione del feto quando se ne riconosca il bisogno, o ricorrere alla versione cefalica, date le condizioni permittenti, come ha fatto di già il nostro Pantaleo (204). Si entrerebbe con ciò, ma seguendo altra strada, nella questione sempre dibattuta e mai del tutto risolta della preferenza da darsi al forcipe o alla versione podalica nei casi di presentazione di vertice in pelvi stenotiche. Sulla convenienza dell'uno e dell'altro di questi interventi molto si è discusso, sia sotto il punto di vista clinico quanto su quello puramente teorico, considerando l'atteggiamento che assume la testa nell'attraversare il punto ristretto nell'un caso e nell'altro e la lunghezza dei diametri cranici che per i primi superano l'ostacolo. È abbastanza conosciuto difatti, principalmente dopo gli studi di Simpson (177) e di Joulin (23), la forma conica che deve assumere la testa per venire all'esterno, sia prima, sia ultima. L'argomento è vastissimo e sarebbe lungo esaminarlo da vicino. Basterà accennare che in favore del forcipe parla in modo speciale, per non dire unico, la scuola francese. Oltre allo Joulin, Depaul sostiene questo principio, venendo ai seguenti risultati desunti da 42 versioni e 118 applicazioni di forcipe:

Forcipe	22. 02 0[0	di mortalità	per la madre
	23. 14 »	»	pel feto
Versione	42. 85 »	»	per la madre
	80. 95 »	»	pel feto.

Pinard (197) è d'accordo sui vantaggi che la presentazione di V offre relativamente a quella di podice nei casi di viziatura pelvica. Le

sue cifre ricavate da parti prematuri provocati in bacini stenotici danno su 14 versioni 8 feti V e 6 M, su 21 applicazioni di forcipe 14 feti V e 7 M.

Egli dice che i suoi risultati sono da paragonarsi a quelli di Leopold (196) secondo cui 10 versioni avrebbero dato 9 feti V e 5 applicazioni di forcipe neanche un morto. Anche Charles (34) sostiene il forcipe contro la versione podalica e lo stesso Scanzoni, per quanto non approvi interamente l'uso del forcipe, nei vizî pelvici, stabilisce la mortalità fetale del 23. 14 0[0 nei casi di estrazione della testa prima e del 69 0[0 in quelli della testa ultima.

Altri ostetrici hanno voluto limitare l'intervento del forcipe ai soli parti a termine, riservando la versione agli immaturi. Così Champetier (203), Budin (205), ecc., mentre altri credono che il forcipe dia migliori risultati in questi ultimi casi. I sostenitori della versione podalica sono in maggior numero: dalla Lachapelle (per non dire degli altri antichi) al Simpson, al Goodell, al Milne, al Barnes, al Braxton-Hicks, allo Strassmann, all'Höning, allo Schröder, al Fritsch, ecc., ecc. (206), tutti confermano lo stesso principio.

Sembra che oggi si propenda di più per la versione nelle stenosi pelviche, essendo dimostrato da questi autori che la testa ultima passa più facilmente attraverso il punto stenotico, quantunque si perda il vantaggio dell'adattamento progressivo del cranio fetale allo stretto superiore (Fritsch).

E qui mi fermo perchè esorbiterei dall'assunto continuando ad occuparmi d'una questione su cui non posso portare un contributo qualsiasi, dal momento che i miei casi si riferiscono alla sola estrazione del feto che si è presentato pel podice. Del resto, quand'anche lo potessi, mi asterrei dal paragonare tra di loro, come da taluno si consiglia, due atti operativi che non reggono al confronto, perchè nei casi in cui si può fare la versione non si può ancora applicare il forcipe e viceversa.

La presentazione di podice nelle gravidanze multiple.

A proposito della genesi della presentazione podalica, dissi che la gravidanza multipla occupa a ragione uno dei primi posti tra i fattori etiologici, ma non riportai le cifre che confermano questo fatto rimandando alla fine del lavoro quanto vi si potesse riferire. Tale argomento

non è privo d' interesse e mi permetto quindi di tracciare un quadro schematico della presentazione di podice nella gravidanza multipla, riassumendo dapprima tutto ciò che ho potuto raccogliere su questa gravidanza considerata come causa di presentazione podalica e aggiungendo infine pochissime parole sull'andamento del parto in genere e sulla prognosi dei feti gemelli che nascono per l'ovoide pelvico.

Sul complesso dei miei 8603 casi ho trovato 153 gravidanze multiple, delle quali 151 bigemine e 2 trigemine.

Nella Clinica di Pavia si è notato adunque una gravidanza bigemina su 59,60 gravidanze in genere e 1 trigemina su 4301. Faccio per ora astrazione da quest'ultima, sulla quale ritornerò dopo aver passato in brevissima rassegna i casi di gravidanze bigemellari.

Sulla frequenza della gravidanza bigemina non credo utile trattenermi perchè è mio intendimento occuparmi solo delle donne che presentarono uno o più feti pel podice: tralascio quindi i possibili confronti delle mie cifre con le statistiche più conosciute, limitandomi a far notare che la mia percentuale poco si accorda con le medie generalmente accettate, quali ad esempio quella dello Joulin (ricavata dai casi di Ramsbotham, Collins, Baudelocque, Lachapelle, Riecke, Churchill) (23) di 1 gravidanza bigemina su 87, del Veit (67) di 1 su 89, del Guzzoni (207) di 1 su 64,82, ecc. ecc. È notevole anche il fatto che lo stesso Guzzoni dà per la Clinica di Pavia il rapporto di 1 su 64; è da osservare però che nel solo decennio 83-93 la cifra dei partimultipli crebbe enormemente. Difatti Resinelli (208) che li raccolse con grande cura, ne trovò 44 su 1250, nella proporzione cioè di 1 su 28,40 (3. 52 0[0).

Prescindendo adunque dalla frequenza dei parti multipli in genere, consideriamo da vicino il rapporto che essi assumono con la presentazione di podice.

In 63 delle 151 gravidanze bigemine non si ebbe nessun feto per l'ovoide pelvico, in 88 uno o entrambi nacquero pel podice. Dirò sin da questo momento che 72 delle 88 donne con gravidanza gemellare e parto podalico presentarono un sol feto per la pelvi e 16 li presentarono entrambi pel P, con un complesso quindi di 104 di queste presentazioni.

Da ciò si ricava che mentre le gravidanze gemellari senza feti pel P rappresentano il 41. 7 0[0 della cifra totale, le altre con feti pel P

ascendono al 58.2 0[0. Questo solo fatto basta per dare una prova evidente dell'influenza che la gravidanza multipla esercita sull'etiologia della presentazione podalica.

Inverardi (10), che su 5800 parti trova 86 gravidanze multiple delle quali 83 gemellari (1 su 69,87) e 3 trigemine (1 su 2867), ci dà relativamente alle prime:

Gravidanze gemellari	senza feti pel P	N. 36	= 43.37 0[0
» »	con uno o più feti pel P . .	» 46	= 55.41 »
» »	con presentazione sconosciuta	» 1	

Anche qui è maggiore il numero delle gravidanze gemellari in cui si riscontra il parto podalico, quantunque queste percentuali siano meno elevate delle nostre.

Se consideriamo i 302 feti nati dalle 151 gravidanze gemellari in rapporto alla loro presentazione abbiamo:

Vertice. . . .	N. 167	= 55.29 0[0	cioè	1 su	1,80
Podice	» 104	= 34.43 »	»	1 »	2,90
Spalla	» 13	= 4.30 »	»	1 »	23,23
Faccia	» 2	= 0.66 »	»	1 »	151
Fronte	» 3	= 0.99 »	»	1 »	100
?	» 13				

Secondo queste mie cifre si avrebbe quindi un numero di presentazioni podaliche pari al 34.43 0[0, cifra rilevantissima se si paragona a quella del 4 0[0 circa, riportata per le presentazioni di P nelle gravidanze semplici.

E in ciò mi accordo con l'Inverardi, il quale avrebbe trovato nelle sole gravidanze doppie:

Vertice	N. 97	= 58.43 0[0
Podice	» 56	= 33.73 »
Spalla	» 9	= 5.42 »
?	» 4	

Se diamo uno sguardo a qualche altro autore, troviamo Pinard (28) che stabilisce per le presentazioni di P nelle gravidanze gemellari la cifra del 33 0[0 circa (1 su 3) e per quelle della Sp. il 5.43 0[0 (1 su 19), Kleinwächter (209) pel V 69.58 0[0, P 25.25 0[0, Sp. 5.17; Berruti (4) V 53.84 0[0, P 34.61 0[0, Sp. 3.84 0[0; Etienne (20) V 40.90 0[0, P 54.54 0[0, Sp. 4.54 0[0; Hegar e Spiegelberg (61) P 27 0[0 (su 32264

feti 919 provenivano da gravidanze multiple e di questi 227 erano nati pel P); Tarnier (29) e Depaul (33), raggruppando assieme le cifre dell' uno e dell' altro, V 390 = 66.3 0[0, P 192 = 36.2 0[0, Sp. 5 = 0.8 0[0, Fa. 1, ecc., ecc.

Per quanta diversità vi possa essere tra le percentuali riferite, sta sempre il fatto che il numero dei feti nati pel podice è rilevantissimo mentre la frequenza delle presentazioni di vertice diminuisce col dovuto rapporto. Resta così confermata l'importanza che la gravidanza gemellare spiega nella genesi del parto podalico.

Moltissimi fattori contribuiscono a farci notare un gran numero di presentazioni di podice nella gravidanza bigemina e sopra tutto la anormale mobilità del 2.° feto dopo l'espulsione del primo, come aveva fatto rilevare anche la Boivin (25). Questa anormale mobilità del 2.° feto va messa in rapporto, oltre che con le condizioni speciali in cui trovasi utero e contenuto dopo l'espulsione del primo feto, con tutti quei particolari relativi alla madre e al bambino senza dei quali, in un buon numero di casi, la presentazione podalica non avrebbe avuto luogo.

Dirò in succinto qualche parola sui dati che ho potuto raccogliere a tale proposito, occupandomi da questo momento in poi dei soli casi (N. 88) in cui uno o entrambi i feti sono nati pel P e riferendomi per la letteratura e per le considerazioni d'indole generale a tutto quanto ho accennato nella prima parte di questo lavoro.

Relativamente alla professione esercitata dalle donne con gravidanze gemellari (1 o 2 presentazioni podaliche), non modifichiamo affatto quanto si è detto nel capitolo della gravidanza podalica semplice, poichè su 88 donne 73 erano dedicate ad un mestiere attivo e 9 soltanto ad un mestiere sedentario. Come semplice cronaca trascrivo il seguente specchietto:

Mestieri attivi . . .	Contadine .	N. 48	N. 73
	Serve	» 10	
	Girovaghe .	» 2	
	Stiratrici . .	» 1	
	Casalinghe .	» 9	
	Lavandaie .	» 1	
	Giornaliere .	» 2	
» sedentarî	Sarte	» 5	» 9
	Filatrici . . .	» 4	
	Ignote	» 6	» 6

Maggiore importanza devesi concedere alla multiparità come risulta da queste cifre:

Primipare	N. 25
Multipare	» 63

Le pluripare rappresenterebbero adunque il 72.7 0[0 del numero totale delle donne gravide.

Oltre a ciò si noti la frequenza delle molto multipare in confronto alle poco pluripare che soltanto nel caso di gravidanza gemellare con feto pel P troviamo così manifesta. Si ha difatti, considerando le 63 pluripare, la seguente classificazione:

IIpare . . .	N. 9	VIpare. . .	N. 5	Xpare . . .	N. 3
IIIpare . .	» 10	VIIpare . .	» 14	XIpare. . .	» 1
IVpare. . .	» 5	VIIIpare .	» 4	XIIpare . .	» 1
Vpare . . .	» 6	IXpare. . .	» 4	XIVpare. .	» 1

Ho detto di già che delle 88 gravidanze gemellari con uno o due parti podalici, 72 ebbero termine con una sola presentazione di podice e 16 con 2 di queste presentazioni. Calcolando nell'un caso e nell'altro il numero delle Ipare e delle pluripare, si perviene a dei risultati abbastanza dimostrativi:

Gravidanza gemellare con un sol *feto pel P.*

Primipare .	N. 23
Pluripare .	» 49 = 68 0[0
	N. 72

Secondo il numero delle gravidanze le pluripare sono così divise:

IIpare . .	5	VIIIpare	3
IIIpare. .	8	IXpare. .	3
IVpare. .	4	Xpare . .	3
Vpare . .	6	XIpare. .	1
VIpare. .	4	XIIpare .	1
VIIpare .	11		

Gravidanza gemellare con entrambi *i feti pel P.*

Primipare .	N. 2
Pluripare .	» 14 = 87.5 0[0
	N. 16

Secondo il numero delle gravidanze le pluripare sono così divise:

IIpare. . .	4	VIIpara. .	3
IIIpare . .	2	VIIIpare .	1
IVpare . . .	1	IXpare . .	1
VIpare . .	1	XIVpare .	1

Se il numero delle multipare, considerando tutti i casi complessivamente, è adunque maggiore di quello delle Ipare, dalle precedenti tabelle si ricava che nelle gravidanze gemellari con entrambi i feti

pel P questo numero di multipare cresce a dismisura mentre non è tanto elevato nei casi di un sol parto podalico. A nessuno può sfuggire questo rapporto che indipendentemente dalla nota relazione che passa tra pluriparità e gravidanza multipla in genere, ha speciale interesse per la presentazione di podice.

L'età delle donne con gravidanza gemellare (uno o entrambi i feti pel P) si può così riassumere:

Prima dei 20 anni	N. 9	di cui	9	Ipare
Dai 20 ai 25 anni	» 13	» »	9	»
» 25 » 30 »	» 21	» »	6	»
» 30 » 35 »	» 27	» »	—	»
» 35 in poi »	» 18	» »	1	»
	N. 88	» »	25	»

Da ciò si vede come il maggior numero di presentazioni podaliche si abbia nelle donne avanzate d'età e che hanno partorito più di una volta, cioè a dire in quelle nelle quali l'utero permette in massimo grado l'eccessiva mobilità di uno o di entrambi i feti. Quando si sono avute due presentazioni di podice il numero delle donne giovani è stato quasi nullo, mentre nei casi di un sol parto podalico non vi è stato bisogno di un rilasciamento così esagerato dell'utero se giudichiamo il grado del rilasciamento dal numero degli anni delle pluripare.

Per maggior chiarezza riportiamo quanto segue:

Gravid. gemell. con un sol feto pel P.					*Gravid. gemell. con entrambi i feti pel P.*				
Prima dei 20 anni	N. 8	di cui	8	Ipare	Prima dei 20 anni	N. 1	di cui	1	Ipar.
Dai 20 ai 25 anni	» 12	» »	9	»	Dai 20 ai 25 anni	» 1	» »	—	»
» 25 » 30 »	» 16	» »	5	»	» 25 » 30 »	» 5	» »	1	»
» 30 » 35 »	» 21	» »	—	»	» 30 » 35 »	» 6	» »	—	»
» 35 anni in poi	» 15	» »	1	»	» 35 anni in poi	» 3	» »	—	»
	N. 72	» »	23	»		N. 16	» »	2	»

Sui vizi pelvici quali causa di presentazione podalica nelle gravidanze gemellari, non sapremmo invero che cosa dire. Dalle nostre ricerche sul proposito non si può desumere nulla di concreto. Le pelvi materne, in tutti i casi riferiti (88), si mostrarono quasi sempre normali; due sole volte si ebbe un certo grado di viziatura di bacino che tuttavia permise un parto a termine e non molto laborioso. Si trattava di

2 pelvi semplicemente piatte con 8 cm. e 1[2 di CV: in una di esse si presentò pel P il 1.° feto, nell'altra il 2.°

A questi casi se ne debbono contrapporre altri 2 di pelvi ampia in donne pluripare, entrambe affette da polidramnios: il 2.° feto si presentò pel P in ambedue le gravide.

Per finire su quel poco che si riferisce alla madre, aggiungerò che in 28 casi di cui ho potuto avere notizie dettagliate, una sola volta si ebbe una gravidanza gemellare precedente con un feto anch'esso nato pel P: la donna era VIIpara.

Dicemmo nell'etiologia del parto podalico semplice che la prematuranza e la premorte del feto costituivano due cause di maggior rilievo nella genesi della presentazione. Nelle gravidanze gemellari si notano gli stessi fatti, ma non si ha quell'evidenza tanto dimostrativa del parto podalico semplice, quantunque le cifre appartenenti alle due serie di casi non differiscano di molto.

Gli 88 parti gemellari sono avvenuti:

Lungo il 4.° mese	2 volte
» il 5.° »	1 volta
» il 6.° »	5 volte
» il 7.° »	14 »
» l'8.° »	13 »
A termine	53 »

I parti a termine rappresenterebbero adunque il 60.2 0[0 del numero totale e ciò si accorderebbe con quello che è stato detto da quasi tutti gli autori riguardo all'epoca in cui suole avvenire il parto nelle gravidanze multiple in genere. Nulla di speciale si può desumere dalle cifre appartenenti tanto alle gravid. gemellari con un sol feto, quanto a quelle con entrambi i feti pel podice. Le riassumo sommariamente:

	4.° m.	5.° m.	6.° m.	7.° m.	8.° m.	A termine
Un sol feto pel P (N. 72) .	2	1	4	11	11	43 = 59.7 0[0
Entrambi i feti pel P. (N. 16)	—	—	1	3	2	10 = 62.5 »

Nessuna differenza tra le Ipare e le pluripare. Nelle une i parti a termine furono 15, nelle altre 38, il che equivale in entrambe al 60 0[0 circa.

Raggruppando in unico quadro l'epoca del parto considerata a seconda della primi o pluriparità e del numero dei feti nati pel P si ha:

		4.° m.	5.° m.	6.° m.	7.° m.	8.° m.	A termine
Ipare	Un sol feto pel P. .	—	—	1	4	5	13 = 56 0[0
	Entrambi pel P . . .	—	—	—	—	—	2 —
Plurip.	Un sol feto pel P . .	2	1	3	7	6	30 = 61 »
	Entrambi pel P . . .	—	—	1	3	2	8 = 57 »

Nelle pluripare, se entrambi i feti si presentano pel P, la gravidanza si espleterebbe a termine in un minor numero di casi.

Il numero dei feti premorti che si son presentati pel P è scarsissimo e non raggiunge neanche il 9 0[0, a differenza di quanto avviene nel parto podalico semplice in cui questa causa è di rilevante importanza. Sul peso dei feti riportiamo senz'altro i dati che vi si riferiscono rimettendoci per le considerazioni generali a tutto quanto si sa sullo sviluppo del prodotto del concepimento nelle gravidanze gemellari in genere. La media complessiva dei pesi fetali nei nati a termine, all'8.° e al 7.° mese, nelle primipare e pluripare e nelle gravidanze gemellari con una o due presentazioni podaliche è la seguente:

	1.° FETO	2.° FETO
A termine	2055 gr.	2081 gr.
8.° mese	1850 »	1680 »
7.° »	1564 »	1490 »

Il 2.° feto, nei casi di gravidanza gemella con presentazione di P, sarebbe in media meno sviluppato del 1.°, eccetto nei parti a termine in cui vi sarebbe invece un limitato rapporto inverso.

Raccolgo in questa tabella le medie dei pesi appartenenti alle gravidanze bigemine in cui un sol feto è nato pel P:

EPOCA DEL PARTO	MEDIA TOTALE		PLURIPARE		PRIMIPARE	
	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto
A termine . . .	2216 gr.	2134 gr.	2287 gr.	2221 gr.	2146 gr.	2048 gr.
8.° mese	1917 »	1793 »	2066 »	2036 »	1768 »	1550 »
7.° »	1428 »	1316 »	1659 »	1574 »	1198 »	1059 »

Le cifre totali sono più elevate delle precedenti che erano desunte dalle gravidanze gemellari con uno e con due feti pel P; i feti nati da pluripare, tanto il 1.° quanto il 2.°, sono più sviluppati di quelli nati da primipare.

Di maggiore importanza è quest'altra tabella che raccoglie la media dei pesi dei *soli* feti che hanno presentato il P nella serie di gravidanze gemellari sopra accennata.

Epoca del parto	Media totale		Pluripare		Primipare	
	1.° feto pel P	2.° feto pel P	1.° feto pel P	2.° feto pel P	1.° feto pel P	2.° feto pel P
A termine . . .	2199 gr.	2148 gr.	2413 gr.	2231 gr.	1986 gr.	2065 gr.
8.° mese	1670 »	1852 »	1900 »	2071 »	1440 »	1634 »
7.° »	—	1316 »	—	1574 »	—	1059 »

I feti in presentazione podalica, nel caso di una sola di queste presentazioni nella stessa gravidanza bigemina, offrono un peso maggiore della media comune e nelle pluripare essi sono molto più sviluppati degli altri feti che si presentano pel V, per la Fa. o per la Sp. Nelle Ipare invece il feto che nasce pel P è più piccolo dell'altro gemello, tranne nei casi in cui viene all'esterno pel 2.° Esiste pure qualche differenza tra il 1.° e il 2.° feto che nasce pel P: a termine di gravidanza la differenza è minima e il 1.° è un po' più grosso del 2.° specialmente nelle pluripare, all'8.° mese il volume di quest'ultimo la vince su quello del 1.°

Per le gravidanze gemellari con entrambi i feti in presentazione podalica si hanno i seguenti risultati che sono un po' più dimostrativi dei precedenti:

Epoca del parto	Media totale		Pluripare		Primipare	
	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto
A termine . . .	1894 gr.	2028 gr.	2224 gr.	2481 gr.	1565 gr.	1575 gr.
8.° mese	1784 »	1567 »	1784 »	1567 »	—	—
7.° »	1700 »	1665 »	1700 »	1665 »	—	—

In questi casi ambedue i feti sono più piccoli della media comune e più piccoli anche di quegli altri che pur presentandosi pel podice

hanno avuto per gemello un altro feto in diversa presentazione. Come risulta dalle medie dei parti a termine, il 2.° feto è stato sempre più sviluppato del 1.°

Facendo astrazione adunque dal maggior volume che i nati pel P e appartenenti a pluripare della 1.ª serie di gravidanza gemellare offrono in confronto a quello dei non nati per l'ovoide pelvico, tutte le medie si accordano nello stabilire pei feti in presentazione podalica un peso inferiore a quello dei gemelli in genere, in qualunque modo siano essi venuti all'esterno.

Per maggiori particolari aggiungo il seguente specchietto, facendo notare che buona parte dei secondi feti (nelle gravidanze gemellari con una sola presentazione podalica) si son presentati pel P:

	Peso dei feti	A termine				8.° mese				7.° mese			
		Pluripare		Primipare		Pluripare		Primipare		Pluripare		Primipare	
		1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f
Gravidanze gemellari con un sol feto pel P	Da 1000 a 1500 gr.	3	3	—	2	—	—	1	2	1	3	Sotto 1000 gr	
	» 1500 a 2000 »	5	5	4	1	3	2	1	1	5	4	1	2
	» 2000 a 2500 »	11	11	4	6	1	3	1	1	1	—	Sopra 1000 gr	
	» 2500 a 3000 »	4	6	2	1	1	—	1	—	—	—	3	2
	» 3000 a 3500 »	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gravidanze gemellari con entrambi feti pel P	» 1000 a 1500 »	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—
	» 1500 a 2000 »	2	2	1	1	—	1	—	—	2	2	—	—
	» 2000 a 2500 »	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	» 2500 a 3000 »	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	» 3500 a 4000 »	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Non si è tenuto conto del peso dei feti appartenenti a gravidanze al 6.°, 5.° e 4.° mese. La lunghezza dei feti, che ha maggiore importanza del peso, è stata raccolta nei seguenti specchietti, analoghi sotto tutti i punti di vista ai precedenti.

Media complessiva delle lunghezze fetali comprendente i feti a termine, all'8.° e al 7.° mese, le Ipare e le pluripare e le 2 serie di gravidanze gemellari:

	1.° feto	2.° feto
A termine	cm. 43,91	cm. 43,43
8.° mese	» 41,60	» 41,20
7.° »	» 39,16	» 36,80

Il 2.° feto, in genere, sarebbe meno sviluppato del 1.° e lo stesso fatto, specialmente nelle Ipare, si nota nella successiva tabella che raccoglie i soli casi di gravidanza bigemina con una presentazione di P:

Epoca del parto	Media totale		Pluripare		Primipare	
	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto
A termine . . .	cm. 44,53	cm. 42,86	cm. 44,47	cm. 44,75	cm. 44,60	cm. 40,98
8.° mese	» 43,30	» 41,60	» 43,60	» 43,30	» 43,10	» 39,92
7.° »	» 39,32	» 38,—	» 41,54	» 40,35	» 37,10	» 35,65

Media delle lunghezze di quei *soli* feti che hanno presentato il podice in questa serie di gravidanze gemellari:

Epoca del parto	Media totale		Pluripare		Primipare	
	1.° feto pel P	2.° feto pel P	1.° feto pel P	2.° feto pel P	1.° feto pel P	2.° feto pel P
A termine . . .	cm. 44,52	cm. 44,30	cm. 44,64	cm. 44,90	cm 44,40	cm. 43,80
8.° mese	» 42,60	» 41,70	» 43,—	» 43,70	» 42,20	» 39,80
7.° »	—	» 37,90	—	» 40,20	—	» 35,70

Gravidanze gemellari in cui entrambi i feti si presentarono pel P:

Epoca del parto	Media totale		Pluripare		Primipare	
	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto	1.° feto	2.° feto
A termine . . .	cm. 43,30	cm. 44,—	cm. 44,80	cm. 46,—	cm. 41,90	cm. 42,10
8.° mese	» 40,—	» 40,80	» 40,—	» 40,80	—	—
7.° »	» 39,—	» 35,90	» 39,—	» 35,90	—	—

Questi feti sono più piccoli di tutti gli altri che non si presentano pel P e anche di quelli che nascono in presentazione podalica ma che appartengono alla 1.ª serie di gravidanze gemellari. Questi ultimi anzi presenterebbero delle medie superiori alle comuni e la cifra minima si noterebbe solo nei nati da Ipare. Le differenze di lunghezza tra 1.° e 2.° feto si possono rilevare facilmente dagli schemi riportati. Anche qui credo utile aggiungere un quadro più minuto delle varie lunghezze fetali, tenendo conto dei soli parti a termine, all' 8.° e al 7.° mese.

Lunghezza dei feti		A termine				8.° mese				7.° mese		
		Pluripare		Primipare		Pluripare		Primipare		Pluripare		Primip
		1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.	2.° f.	1.° f.
Gravid. gemell. con un sol feto pel P	Da 35 a 40 cm.	1	1	1	—	—	1	1	1	1	2	4
	» 40 a 45 »	15	17	4	7	3	2	2	3	4	4	—
	» 45 a 50 »	10	9	5	3	1	1	1	—	1	—	—
Gravid. gemell. con entrambi i feti pel P	» 35 a 40 »	—	—	—	1	1	1	—	—	2	2	—
	» 40 a 45 »	4	3	2	1	1	1	—	—	—	—	—
	» 45 a 50 »	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sopra 50 »	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Dimensioni fetali. — Abbastanza eloquenti sono le cifre che sto per riportare sui diametri del feto molto più perchè confermano quanto precedentemente dissi a proposito della gravidanza podalica semplice. Questi diametri, che raggrupperò nel modo più semplice, sono stati ricavati da quei casi nei quali le notizie relative al feto erano complete ed esatte. Ho tenuto conto delle gravidanze a termine, all'8.° e al 7.° mese, tralasciando le altre, e ho fatto un confronto tra i diametri del feto nato pel P e quelli del feto venuto all'esterno in altra presentazione (V, Sp., Fa. e Fr.), avendo cura di prender le misure di entrambi gli appartenenti alla stessa gravidanza. Il confronto è indispensabile dal momento che il nostro studio si aggira esclusivamente su tutto ciò che può riferirsi ai feti nati pel P da una gravidanza multipla.

Medie (in mm.) dei singoli diametri:

Diametri fetali		A termine		8.° mese		7.° mese	
		Nati pel P	Non nati pel P	Nati pel P	Non nati pel P	Nati pel P	Non nati pel P
Testa — Trasversali	Bpa. . .	89,61	88,45	89,—	84,66	82,88	81,20
	Bpo. . .	86,61	85,09	85,66	81,66	79,33	77,80
	Bt. . .	79,92	79,09	82,—	76,66	70,77	70,80
	Bm. . .	74,76	74,—	73,33	69,33	66,55	65,40
	Bz. . .	66,30	64,81	66,—	61,66	61,11	57,60
Testa — Ant.-post.	DM . .	121,38	123,72	116,66	120,33	106,88	110,—
	Om. . .	115,84	116,90	110,—	114,33	103,11	104,80
	Of. . .	104,23	105,45	100,—	104,33	94,44	93,20
	Sob. . .	91,92	82,45	92,66	91,66	83,33	82,80
Testa — Vert.	Mf. . .	76,69	78,72	77,66	76,66	69,22	70,—
	Smb. . .	94,30	92.09	93,33	91,66	84,44	84,20
Spalle	Sd. . .	80,38	77,54	71,66	76,—	66,11	63,80
	Ba. . .	110,15	110,45	104.33	110,—	97,22	77,60
Pelvi	Sp. . .	51,46	51,54	47,66	46,66	43,—	43,60
	Btr. . .	79,07	87,—	77,—	82,33	72,33	75,—

Queste cifre si possono raccogliere nelle medie seguenti, relative a ciascun segmento del corpo fetale:

Diametri fetali		A termine		8.° mese		7.° mese	
		Nati pel P	Non nati pel P	Nati pel P	Non nati pel P	Nati pel P	Non nati pel P
Testa	Trasversali	79,44	78,28	79,19	74,79	72,12	70,56
	Anter.-post.	108,34 M.g. 91,99	107,13 M.g. 90,27	104,83 M.g. 89,84	107,66 M.g. 89,03	96,94 M.g. 81,96	97,50 M.g. 81,72
	Verticali	85,49	85,40	85,49	84,66	76,83	77,10
Spalle		95,26	93,99	87,99	93,—	81,66	70,70
Pelvi		65,26	69,27	62,33	64,49	57,66	59,30

Non si è tenuto conto dei feti mostruosi.

Senza voler discutere quanto peso si debba dare nell'apprezzamento di questi risultati ai fenomeni plastici, all'atteggiamento, alla situazione e alla prolungata permanenza nell'utero del gemello che si presenta pel P, dobbiamo convenire che quella speciale conformazione del feto messa in luce pel parto podalico semplice e che ho ritenuto come fattore etiologico di un certo interesse, si ripete anche nei gemelli che nascono pel P: difatti il volume dell'estremo cefalico è massimo nei nati per l'ovoide pelvico mentre è minimo il volume della pelvi stessa e ciò qualunque sia l'epoca della gravidanza in cui il parto si avvera. Si noti a questo riguardo che il volume massimo della testa e minimo del podice si riscontra nei feti che hanno uno sviluppo organico, dirò così, deficiente in confronto agli altri che vengono all'esterno pel V o per la Sp. o per la Fa. e quindi le cifre sopra riferite, per quanto accolte con riserva, avranno sempre un certo valore.

Anche il sesso, secondo le nostre ricerche, avrebbe qualche influenza sulla presentazione di podice nelle gravidanze bigemine. Sulle 88 gravidanze doppie, si ebbero complessivamente 100 maschi e 76 femmine, queste ultime pari al 43. 1 0[0 della cifra totale.

Tali risultati, che confermano quanto è stato detto sul leggero predominio del sesso maschile nelle gravidanze multiple in genere, subiscono qualche modificazione secondo che si tratti di gravidanze doppie con un sol feto pel P o con entrambi i feti pel P. Nèl primo caso si sono avuti 86 maschi e 58 femmine (40. 2 0[0), nel secondo 14 maschi e 18 femmine (56. 2).

I feti di sesso femminile si presentano adunque con maggior fa-

cilità pel P e ciò probabilmente in rapporto col minor volume che essi offrono. Si notò l'egual sesso in entrambi i gemelli appartenenti alla stessa gravidanza doppia 56 volte; 34 volte si ebbero 2 maschi e 22 volte 2 femmine. La percentuale dell'unicità dei sessi è presso a poco uguale a quella comunemente stabilita per tutte le gravidanze multiple, ma anche in tal caso essa varia di molto secondo il numero delle presentazioni podaliche che si riscontrarono nella stessa gravidanza gemellare: si ebbe difatti nel caso di un sol feto pel P 32 volte 2 maschi e 18 volte due femmine (36 0[0), nel caso di due feti pel P 2 volte 2 maschi, 4 volte 2 femmine (80 0[0).

Ciò dimostra ad evidenza come il sesso femminile dia un contingente più vasto alla presentazione podalica nella gravidanza doppia. Considerando infine la gravidanza gemellare con un sol parto podalico, il 1.° feto presentatosi pel P fu una femmina nel 27. 7 0[0 dei casi, il 2.° feto pel P fu una femmina nel 48. 1 0[0. Si ebbe cioè:

1.° feto pel P	maschi	13	2.° feto pel P	maschi	28
	femmine	5		femmine	26
		18			54

Il numero delle mostruosità fetali fu scarsissimo e non ne teniamo conto per l'etiologia della presentazione podalica nelle gravidanze doppie: si vide solo un idrocefalo e un anencefalo, il primo dei quali si presentò pel V.

In quanto al liquido amniotico ci limitiamo per ora ad accennare che esso era abbondante nei casi di feti che si presentavano col P per gli ultimi, riserbandoci di aggiungere qualche particolare a proposito degli annessi.

La placenta previa si riscontrò una sola volta e anche di questo parleremo in appresso.

Sui giri di cordone attorno al collo del feto che nasce in presentazione podalica, riporto le seguenti cifre che si riferiscono a tutti i gemelli delle 88 gravidanze doppie.

Questi giri di cordone si sono ossservati

13 volte { 7 volte nelle pluripare
6 » » Ipare,

in 7 casi il feto presentavasi pel V, in 6 pel P.

Da ciò si vede quanto sia esigua e quasi inferiore alla media comune la percentuale dei giri del cordone attorno ai feti che nascono pel P (5. 7 0[0]) in confronto a quelli che appartengono a gravidanze semplici. La loro influenza sull'etiologia della presentazione di podice ha quindi nel nostro caso un valore più che limitato, per non dire nullo.

I giri di cordone si osservarono

10 volte attorno al collo	6 nei feti pel V 4 » » » P	
1 volta » al tronco	1 » » » P	
2 volte » agli arti infer.	1 » » » V 1 » » » P	

In quanto al numero dei giri si ebbe:

attorno al collo	giri semplici	7 volte	4 pel V 3 » P
	2 giri	2 volte	2 » V
	3 giri	1 volta	1 » P
al tronco e agli arti infer.	un sol giro di funicolo.		

Su qualche altro particolare mi occuperò in seguito e specialmente sui dati che si riferiscono alla lunghezza assoluta e relativa del cordone; nel solo caso di 3 giri attorno al collo si può pensare realmente al valore di questa complicanza per l'etiologia della presentazione podalica nei parti doppi.

Se diamo ora uno sguardo a tutto quanto è stato sommariamente accennato, sarà facile concludere che per le gravidanze gemellari con doppia presentazione di podice le cause della presentazione stessa sono quasi analoghe a quelle stabilite nel parto podalico semplice.

Abbiamo veduto infatti a questo riguardo l'influenza della pluriparità, dell'età della donna, della prematuranza del feto, del suo deficiente sviluppo, del sesso, ecc. ecc. È da notare però che siffatti momenti etiologici non presentano nel nostro caso la stessa evidenza che è propria delle gravidanze podaliche semplici, come pure essi non valgono intieramente per quei feti che nascono pel P da gravidanze doppie con due presentazioni diverse. Non si può adunque mettere in dubbio che il numero dei fattori genetici è molto limitato e che pochi soli agiscono in modo attivo ed utile se consideriamo sotto un punto di

vista generale *tutte* le presentazioni che si riscontrano nelle gravidanze bigemine. La deficienza di queste cause è però spiegabilissima dal momento che le speciali condizioni in cui si trova la donna con gravidanza gemellare e lo stato dell'utero dopo l'espulsione del primo feto, bastano senz' altro a favorire la presentazione podalica: ciò vien confermato dal fatto che il maggior numero di parti pel P è dato dai secondi feti che rimangono estremamente mobili nel cavo uterino e invero la presentazione podalica si è riscontrata nel 1.° feto 18 volte, nel 2.° 54 volte. Se questo vale per buona parte delle gravidanze doppie con un sol parto pel P, non si può dare, come ho detto poc' anzi, minor valore a tutti quei particolari che sopra ho descritto e che trovano intera applicazione nelle gravidanze gemellari con entrambi i feti per l' ovoide pelvico.

Presentazioni e posizioni. — Tenendo conto dei soli casi in cui si ebbero una o due presentazioni pelviche, il podice si presentò complessivamente:

assieme	al	vertice	66	volte	=	43. 70	0[0
»	alla	Sp.	3	»	=	1. 98	»
»	»	Fa	1	»	=	0. 66	»
»	»	Fr	1	»	=	0. 66	»
»	al	P	16	»	=	10. 59	»
»	»	?	1	»			
			N. 88				

(Le percentuali si son ricavate in base a tutte le 151 gravid. doppie).

In tutto 104 presentazioni di podice.

Truzzi (11) in 65 gravidanze gemellari con una o due presentazioni podaliche, ha trovato: 18 P e P, 42 P e V, 3 P e Sp. — Tornando ai nostri casi abbiamo:

P e V { Il 1.° feto si è presentato pel V 50 volte
» 1.° » » » » » P 16 »

e viceversa pel 2.°:

P e Sp. { Il 1.° feto si è presentato pel P 2 volte
» 1.° » » » » per la Sp. 1 »

e viceversa pel 2.°:

P e Fa { 1.° feto per la Fa
P e Fr { 1.° feto per la Fr.

Dalla prima di queste piccole tabelle (P e V) si ricava che la percentuale del 43. 70 data in genere per tutte le presentazioni di V e P nella stessa gravidanza doppia, si deve scindere in quella del 33. 1 0[0] nei casi di V e P (vertice pel 1.°) e del 10. 5 0[0] nei casi di P e V (podice pel 1.°). Queste cifre dimostrano la maggior frequenza delle presentazioni podaliche nel 2.° feto quando il parto non si avvera per entrambi nella stessa guisa.

Non si hanno delle grandi modificazioni in questi risultati considerando a parte le primipare e le pluripare.

Primipare.

P e V (in genere)	21 volte	1.° feto pel V 17 volte 1.° » » P 4 »

e viceversa pel 2.°

P e Fr	1 »	1.° feto per la Fr
P e Sp	1 »	1.° feto pel P
	23	

Pluripare.

P e V (in genere)	45 volte	1.° feto pel V 33 volte 1.° » » P 12 »

e viceversa pel 2.°

P e Fa	1 »	1.° feto per la Fa
P e Sp	2 »	1.° feto pel P 1 volta 1.° » per la Sp 1 »
P e ?	1 »	
	49	

A compimento di questo breve riassunto, aggiungo le coppie delle presentazioni che si notarono nelle gravidanze bigemine senza feti pel P (N. 63):

V e V	N. 43	=	28.47 0[0]
V e Sp	» 10	=	6.62 »
V e Fr	» 2	=	1.32 »
V e Fa	» 1	=	0.66 »
V e ?	» 2		
Presentaz. sconosc.	5		

Le percentuali da me trovate sul totale delle 151 gravidanze bigemine sono quasi tutte eguali a quelle che parecchi autori hanno riportato sul proposito, ad eccezione del minor numero dei casi di V e V di cui non ci occupiamo e del maggior numero di V e P (in genere). Queste differenze si notano del resto anche nelle altre statistiche come in certo qual modo si può vedere dalla tabella dello Hirigoyen a cui aggiungo le cifre del Winckel, dell'Inverardi e del Brèm (210).

Presentazione	Cazeaux	Depaul	Klein-Waechter	Winckel	Inverardi	Brèm
V e V	47 0[0	46.7 0[0	49 0[0	40 0[0	37.34 0[0	47 0[0
P e P	11 0[0	10.9 0[0	7 0[0	13 0[0	12.04 0[0	11.29 0[0
V 1.° e P 2.°	40 0[0	33.5 0[0	35 0[0	27 0[0	26.50 0[0 } 36.14	23.38 0[0
P 1.° e V 2.°				9 0[0	9.63 0[0	12.09 0[0
V e Sp.	—	—	—	—	6.02 0[0	4.83 0[0
P e Sp.	0.3 0[0	1.4 0[0	3 0[0	—	3.61 0[0	0.80 0[0
Sp. e P	—	—	—	—	1.20 0[0	—

Sulle posizioni riporterò appena uno schema delle cifre raccolte giacchè i risultati ultimi poco si allontanano da quanto si conosce per le gravidanze doppie in genere.

La frequenza delle varie posizioni nei feti nati pel P (i soli che c'interessino) e appartenenti a gravidanze gemellari con una sola presentazione pelvica è la seguente:

1.° feto pel P

SA . . .	7 volte	= 43.75 0[0
DP . . .	2 »	= 12.50 »
DA . . .	3 »	= 18.75 »
SP . . .	1 »	
? . . .	3 »	
	16	

2.° feto pel P

SA	16 volte	= 32 0[0
DP	14 »	= 28 »
DA	3 »	= 6 »
SP	3 »	= 6 »
ST	1 »	
?	13 »	
	50	

Nei secondi feti pel P la DP è un po' più numerosa che nei primi; lo stesso fatto del resto si riscontra anche nei gemelli che vengono all'esterno pel V, come risulta dalle seguenti cifre.

1.° feto pel V

SA	32 volte	=	64 0[0
DP	7 »	=	14 »
DA	1 »		
SP	1 »		
?T	2 »		
?	7 »		
	50		

2.° feto pel V

SA . . .	7 volte	=	43.75 0[0
DP . . .	8 »	=	50 0[0
? . . .	1 »		
	16		

Il fatto della prevalenza di una posizione sull'altra si deve alla disposizione che entrambi i feti avevano assunto nella cavità uterina e che non presenta nulla di particolare. A maggior chiarimento ecco le posizioni di ambedue i feti nella stessa gravidanza:

1.° feto pel V

OISA e SISA	10 volte		40
» e DP	12 »	OISP e SISP	1 volta
» e DA	3 »	OIDT e SISA	1 »
» e SP	2 »	OIST e SIST	1 »
» » ?	5 »		43
OIDP e SISA	5 »		
» e DP	2 »	Sconosciute entrambe le posizioni	7
OIDA e ?	1 »		50
	40		

per il 2.° feto presentato pel P basta invertire l'ordine delle posizioni.

1.° feto pel P

SISA e OISA	1 volta		12
» e DP	6 volte	SIDA e ?	1 volta
SIDP e OISA	1 »	SISP e OISA	1 »
» e DP	1 »	? e »	1 »
SIDA e OISA . . .	2 »	? e »	1 »
» DP	1 »		16
	12		

e viceversa per il 2.° che si è presentato pel V.

Queste le cifre nei casi di V e P. Non mi occupo delle altre gravidanze in cui si è avuto V e Fa., V e Sp., V e Fr.

La posizione dei due feti nella doppia presentazione di P è la seguente:

SISA e SISA	1 volta
SISA e SIDP	8 volte
SIDP e SISA	2 »
SIDA e SIDA	1 »
Sconosciute le posizioni	4 »

Anche qui si nota la prevalenza della DP nel 2.° feto.

Non ho tenuto conto della varietà della presentazione podalica perchè nulla havvi di speciale che possa interessarci.

Andamento del parto. — Ricorderò brevemente tutti quegli accidenti che si sono riscontrati lungo il travaglio e che ne hanno modificato il normale decorso.

Procidenza del cordone. — 6 casi di cui 5 appartengono alla procidenza del cordone solo e uno alla concomitante procidenza di un arto superiore, 5 di essi furono osservati in pluripare e uno in primipara; la gravidanza fu sempre a termine. Di questi 6 casi 4 soltanto si riferiscono al nostro studio perchè avveratisi in feti con presentazione di P; una volta la procidenza del cordone avvenne in un feto pel V e una volta ancora in una presentazione di Sp. La frequenza di questo accidente è del 3. 84 0[0 considerando i soli nati per l'ovoide pelvico, mentre nei casi di gravidanza podalica semplice la stessa percentuale raggiunge il 5. 7. Due volte la procidenza si notò nel 1.° feto pel P e 2 volte nel 2.°: più facilmente adunque essa avviene nell'un caso che nell'altro (11 0[0 e 3. 5 0[0 rispettivamente), e ciò per il complesso di condizioni abbastanza note a cui entrambi i feti debbono sottostare prima di venire alla luce. Le posizioni dei feti pel P e con procidenza del funicolo furono una volta la SA, 2 la DP e 1 la DA.

Procidenza degli arti superiori. — 3 casi di cui uno con procidenza contemporanea del cordone. Dei tre feti che presentavano il P 2 erano in SA e 1 in SP, tutti appartenevano a pluripare delle quali 2 a termine e 1 all'8.° mese. La frequenza di questa anomalia sarebbe del 2. 88 0[0, percentuale un po' maggiore dell'altra del 2. 29 riscontrata nel parto podalico semplice. La procidenza dell'arto si notò 2 volte nel feto che si presentava pel 1.° e una volta nel 2.° e l'arto procidente fu in 2 casi il posteriore (braccio, mano), in uno l'anteriore. Sulle anomalie riscontrate nel meccanismo del parto quando uno o entrambi i

feti si presentarono pel P vi è poco da dire. Dobbiamo ricordare soltanto a questo riguardo un caso d'impegno contemporaneo dei due feti in presentazione pelvica avvenuto in pluripara a termine. Il peso dell'uno era di 1779 gr. e di 1807 quello dell'altro; ambedue nacquero asfittici e si riebbero.

Abbiamo un solo caso d'innalzamento delle braccia e si riferisce ad una Ipara all'8.° mese e 1[2. Il 1.° feto si presenta in SIDA, il 2.° in OIDP. Travaglio 48 ore. Lungo l'espulsione del 1.° feto si nota il sollevamento di entrambi gli arti che mediante aiuti manuali si può ridurre. Il perchè di questo sollevamento si deduce dalla storia medesima. Il 1.° dei feti nacque asfittico e non si riebbe (1440 gr.), il 2.° vivo (1297 gr.). Anche per questa anomalia la casuistica è minima e se l'innalzamento non fosse avvenuto nel 1.° feto, non ne avremmo riportato nemmeno un caso.

Le resistenze che ha incontrato la testa fetale nel venire all'esterno sono state oltremodo esagerate in 9 casi, il che dà una percentuale molto vicina a quella stabilita sullo stesso riguardo nel parto podalico semplice. Questo risultato poco si accorda con le speciali condizioni materne e fetali proprie del parto gemellare e che anzi dovrebbero rendere più facile il passaggio della testa ultima; ciò meraviglia tanto più in quanto che il maggior numero dei feti con espulsione laboriosa dell'estremo cefalico sono i secondi nati che, oltre ad essere un poco meno voluminosi dei primi, trovano di già la filiera pelvi-genitale favorevolmente preparata. Accogliendo adunque con una certa riserva questa percentuale, aggiungo che le esagerate resistenze della testa si osservarono in 4 Ipare e 5 pluripare, tutte a termine.

Possiamo infine riportare un caso di rotazione sacrale dell'occipite in pluripara a termine con entrambi i feti pel P; la rotazione avvenne nel 1.° feto il quale pesava 2550 gr. e nacque vivo. Il 2.° in SID? del peso di 3430 gr. nacque vivo e normalmente: tra l'espulsione del 1.° e del 2.° trascorsero 20 minuti.

Sui giri di cordone attorno al collo, ho detto qualche cosa antecedentemente. Rimangono pochi dati sull'inerzia dell'utero. Si avverò 4 volte e in tutti e quattro i casi l'inerzia ebbe luogo durante il travaglio; una volta continuò anche dopo il secondamento e la donna morì senza che i soccorsi dell'arte potessero frenare l'emorragia. L'inerzia uterina è più frequente nei casi di gravidanza doppia con un sol feto

pel P e se ne capisce il perchè, tenendo presente quanto ho detto sul volume dei feti nell'una e nell'altra serie di gravidanze. Difatti si potè constatare una volta nelle doppie presentazioni di P e 3 nelle presentazioni di P combinate a quelle di V. Tre di questi casi si debbono a Ipare e uno a pluripara e quanto all'epoca del parto furono notati una volta a termine, 2 all'8.° mese e 1 al 7.°.

Questi tutti gli accidenti che ho potuto raccogliere sul complesso dei 104 feti nati pel P da gravidanze gemellari a cui potremmo aggiungere 3 casi di emorragia *post-partum*, 2 in pluripare (6.° mese e a term.), 1 in Ipara (7.° mese); nella pluripara a termine la placenta era previa. Da ciò dobbiamo concludere che il parto podalico nelle gravidanze doppie presenta meno anomalie del semplice e che i feti più facilmente vengono all'esterno: il confronto tra le osservazioni che ho riferito sul parto semplice e sul doppio lo dimostra ad evidenza.

Durata del travaglio. — La durata complessiva del travaglio sarebbe, stando alle nostre cifre, più breve nelle gravidanze gemellari con entrambi i feti pel podice che in quelle con uno solo e questa brevità, come al solito, sarebbe in media più accentuata nelle pluripare. È da notare però che nei parti a termine avverrebbe il fatto inverso, la maggior durata del travaglio si osserverebbe cioè nelle pluripare e questo tanto nei casi di una presentazione di P che nei casi di due. Non so dire invero quanto valore si debba attribuire ai miei risultati: è perciò che mi contento solo di trascrivere le cifre da cui essi sono stati dedotti.

GRAVIDANZE DOPPIE CON UNA PRESENTAZIONE DI P.

Pluripare.

a termine		*8.° mese*	*7.° mese*
1 volta 3 ore	1 volta 20 ore	1 volta 4 ore	1 volta 6 ore
2 » 4 »	2 » 24 »	1 » 5 »	1 » 7 »
5 » 5 »	1 » 26 »	1 » 6 »	1 » 11 »
2 » 6 »	1 » 30 »	1 » 15 »	1 » 15 »
4 » 7 »	1 » 34 »	1 » 77 »	1 » 16 »
3 » 9 »	1 » 39 »	1 » ? »	1 » 36 »
3 » 10 »	1 » 70 »	Media 21^h 4'	1 » 42 »
2 » 18 »			Media 19^h
Media 14^h 5'			

Primipare.

a termine	*8.° mese*	*7.° mese*
1 volta 7 ore	1 volta 6 ore	1 volta 6 ore
1 » 8 »	1 » 18 »	1 » 12 »
1 » 10 »	1 » 20 »	1 » 17 »
2 » 11 »	1 » 24 »	1 » 20 »
1 » 12 »	1 » 48 »	
3 » 15 »	Media 23h 2'	Media 13h 7'
1 » 20 »		
1 » 26 »		
2 » ? »		
Media 13h 6'		

GRAVIDANZE DOPPIE CON ENTRAMBI I FETI PEL P.

Pluripare.

a termine	*8.° mese*	*7.° mese*
1 volta 1 ora	1 volta 2 ore	1 volta 7 ore
1 » 3 »	1 » 29 »	1 » 11 »
1 » 5 »	Media 15h 5'	1 » 36 »
2 » 6 »		Media 18h
2 » 12 »		
1 » ? »		
Media 6h 4'		

Primipare.

A termine { 1 volta 5 ore
1 » 6 »

Media 5h 30'

Altro fatto saliente che emerge da queste medie è la maggior durata del travaglio nei parti prematuri, durata che se fosse meno eccessiva potrebbe facilmente essere spiegata. Ad ogni modo, anche volendo attribuire queste cifre allo scarso numero dei casi presi in esame, rimane sempre confermato tutto quanto è stato detto sulla maggior durata del travaglio nelle gravidanze doppie, come risulta anche dal paragone delle nostre medie con quelle antecedentemente riportate pel parto podalico semplice. Bisogna notare però che nelle gravidanze a termine (Ipare e pluripare) le due medie si equivalgono. Lo spazio di tempo intercesso tra l'espulsione del 1.° e del 2.° feto si è conosciuto soltanto in 55 casi, 42 dei quali con una sola presentazione di P. Per quello che possano valere, i risultati sono i seguenti;

Parti doppi con una presentaz. di P		*Parti doppi con due presentaz. di P*	
Simultaneamente . . .	2 volte	3 minuti	1 volta
Dai 2 ai 15 minuti .	20 volte	5 »	1 »
» 15 » 30 » .	10 »	15 »	3 »
» 30 » 60 » .	4 »	20 »	2 »
da 1 a 2 ore.	3 »	30 »	1 »
10 ore	1 »	1 ora	3 »
da 1 giorno a 4 giorni	2 »	3 ore	2 »
	42		13

Escludendo le espulsioni quasi contemporanee dei due feti, se si volesse tentare una media nel resto dei casi, si avrebbe una durata di 86 minuti circa nella prima serie e di 24' nella seconda. Ciò senza dubbio e sopra tutto va messo in relazione col minor volume che offrono i feti quando entrambi si presentano pel P.

Sulla durata del secondamento dirò qualche parola in seguito.

Prognosi fetale. — Cominciamo dalle gravidanze doppie con una sola presentazione podalica. I feti nati pel P (1.° e 2.°) tanto da Ipare quanto da pluripare e fino al 7.° mese di gravidanza, hanno dato una mortalità complessiva del 21. 5 0[0, contando anche i Pr. in questa cifra media. Si è avuto difatti:

Feti V	32				
» A	25	19 R	cioè	V	51
		6 nR		M	14
» M	8				

Tale risultato è presso a poco uguale a quello già riferito per il parto podalico semplice, prendendo come termine di paragone lo specchietto che racchiude anche i Pr. È notevole però come la mortalità dei feti subisca delle grandi modificazioni secondo che la presentazione di P si nota nel 1.° e nel 2.° dei gemelli: se è il primo feto quello che nasce pel P la percentuale scende al 12. 5, se è il 2.° raggiunge il 24. 4.

1.° feto pel P			*2.° feto pel P*		
V	8		V	24	
A	7	6 R	A	18	13 R
		1 nR			5 nR
M	1		M	7	

Evidentemente esiste una certa relazione tra questa mortalità e lo sviluppo dei feti quale è stato accennato a proposito dell'etiologia.

Altra differenza nelle percentuali si riscontra considerando a parte le primipare e le multipare:

	Pluripare		Totale	Primipare		Totale
	1.° feto	2.° feto		1.° feto	2.° feto	
V	6	18	24	2	6	8
AR	5	8	13	1	5	6
AnR	--	2	2	1	3	4
M	1	3	4	—	4	4

Da queste cifre si ricava che la mortalità media è nelle pluripare del 13. 9 0[0, nelle Ipare del 36. 3 0[0. Anche qui il 1.° feto che nasce pel P vive più facilmente mentre pel 2.° si ha la mortalità del 16. 1 0[0 nelle multipare e del 38. 8 nelle pluripare.

Altrimenti vanno le cose nelle gravidanze doppie con entrambi i feti pel P. Tenendo conto dei nati da Ipare e pluripare fino al 7.° mese e di cui si conosce il peso e la lunghezza, la percentuale della mortalità è zero: su 24 feti 14 nacquero V, 10 A e si riebbero. Facendo anche un calcolo su tutti i 32 feti nati 2 a 2 pel P nella stessa gravidanza doppia, senza riguardo all' epoca del parto e ai premorti, il pronostico è sempre più lieto che nei casi di una sola presentazione di P in gravidanza gemellare. Si è notato difatti, come risulta dalle cifre seguenti, una mortalità complessiva del 13. 9 0[0 riferibile alle multipare; nessuna differenza esiste tra la prognosi del 1.° e del 2.° feto.

	Totale compless.	Pluripare		Totale	Primipare		Totale
		1.° feto	2.° feto		1.° feto	2.° feto	
V	17	9	7	16	1	—	1
AR	11	3	5	8	1	2	3
AnR	1	1	—	1	—	—	—
M	3	1	2	3	—	—	—
°[0 della mortal.	13. 9	14. 2	14. 2	14. 2	—	—	—

La prognosi del parto podalico nella gravidanza doppia è adunque meno grave che nella semplice se raggruppiamo in una media generale tutti i casi di morte che si sono riscontrati; scendendo ai particolari, la minore gravità del pronostico si deve ai parti doppi pel P, mentre non si ricava alcun vantaggio per la vita del feto quando la

presentazione podalica di un gemello si accompagna alla presentazione di V, Fa o Fr. dell'altro. Nelle gravidanze bigemine con due parti per l'ovoide pelvico la mortalità è identica nel 1.° e nel 2.° feto, in quelle con uno solo è massima nel 2.° nato.

Se paragoniamo i risultati or ora esposti a proposito della prima serie di gravidanze gemellari (1 sol parto podalico), con gli altri che si ottengono dall'intero numero dei feti nati dalle stesse 72 gravidanze doppie (prescindendo quindi dal genere di presentazione), si vede come i primi eccedano di molto, il che significa che la mortalità massima si è avuta solo nei feti pel P, come del resto avviene anche nel parto podalico semplice se si riferisce a quello pel V. Sotto questo punto di vista la prognosi assoluta e relativa è uguale in entrambi i casi. Le percentuali complessive a cui poco fa accennavo sono del 15. 9 nelle Ipare e pluripare (21. 7 nelle une e 13 nelle altre); pel 1.° feto si ha una media del 6. 5 e dell' 8. 7 0[0], pel 2.° del 19. 5 e del 34. 7 rispettivamente nelle multipare e primigravide.

Anche raccogliendo tutti i feti delle 88 gravidanze doppie (1 e 2 P), la mortalità è sempre inferiore a quella che si riscontra nei casi di una sola presentazione podalica: si ha difatti una media totale del 15. 2 0[0], di cui 13. 3 per le multipare e 20 per le Ipare.

Aggiungo pochi dati sullo stato di salute di tutti i feti (a termine, 8.° e 7.° mese) appartenenti alle due serie di gravidanze doppie, in rapporto al loro peso e all'epoca della gestazione:

		Peso dei feti	1.° feto A V	1.° feto A R	1.° feto A nR	1.° feto A M	2.° feto A V	2.° feto A R	2.° feto A nR	2.° feto A M	Epoca della gravidanza
Un solo feto pel P	Pluripare	1000-2000 gr.	7	1	—	—	2	4	—	2	A termine.
		2000-3000 »	10	4	—	1	11	4	1	1	
		oltre 3000 »	4	—	—	—	2	—	—	—	
		1000-2000 »	2	1	—	—	1	—	1	—	8.° mese.
		2000-3000 »	2	—	—	—	2	1	—	—	
		1000-2000 »	3	3	—	—	5	2	—	—	7.° mese.
		2000-3000 »	1	—	—	—	—	—	—	—	
	Primipare	1000-2000 gr.	3	1	—	—	1	—	1	1	A termine.
		2000-3000 »	5	—	—	1	3	2	—	2	
		1000-2000 »	2	—	1	—	1	2	—	—	8.° mese.
		2000-3000 »	—	1	—	—	1	—	—	—	
		sotto 1000 »	1	—	—	—	—	—	2	—	7.° mese.
		sopra 1000 »	1	2	—	—	—	1	—	1	
Due feti pel P	Pluripare	1000-2000 gr.	—	2	—	—	—	2	—	—	A termine.
		2000-3000 »	4	—	—	—	2	1	—	—	
		oltre 3000 »	—	—	—	—	1	—	—	—	
		1000-2000 »	—	1	—	—	1	1	—	—	8.° mese.
		2000-3000 »	1	—	—	—	—	—	—	—	
		1000-2000 »	2	—	—	—	2	—	—	—	7.° mese.
	Primipare	1000-2000 gr.	1	1	—	—	—	2	—	—	A termine.

Queste cifre ricavate dai soli feti di cui si sa il peso, dimostrano come siano nati in migliori condizioni i gemelli più sviluppati, appartengano essi a Ipare o pluripare, alla 1.ª o alla 2.ª delle presentazioni.

Il pronostico fetale, a differenza di quanto abbiamo visto nel parto podalico semplice, non si è di molto aggravato nei casi di anomalia precedentemente descritti. Nelle 4 procidenze del cordone 3 feti nacquero V e AnR, mentre negli altri due casi avvenuti in una presentazione di V e di Sp un feto venne all'esterno vivo e uno morì in travaglio (presentazione di V).

La tabella qui annessa può fornire maggiori schiarimenti:

delle avid.	Epoca della gravid.	Present. e posiz. di entrambi i feti	Procidenza del cordone	Durata del travaglio	Tempo trascorso tra il 1.° e il 2.° feto	Feti	
						Stato	Peso
rip.	a term.	1.° SISA 2.° OIDP	Procidenza della mano destra. Procidenza del cordone del 2.° feto.	20 h	?	1.° AR 2.° M	2230 gr. 2070 »
»	»	1.° SISA 2.° SIDP	Procidenza del cordone del 1.° feto. —	5 h	30'	1.° V 2.° V	2360 » 2750 »
»	»	1.° SpD in CIS 2.° SISA	Procidenza del cordone del 1.° feto. —	3 h, 55	10'	1.° V 2.° V	3100 » 2880 »
»	»	1.° OISA 2.° SIDA	— Procidenza del cordone del 2.° feto.	10 h	1 h, 30'	1.° V 2.° AnR	1779 » 2034 »
ara	»	1.° SISA 2.° SIDP	— Procidenza del cordone del 2.° feto.	5 h	15'	1.° V 2.° AR	1430 » 1650 »
rip.	»	1.° SIDP 2.° OIDP	Procidenza del cordone del 1.° feto. —	24 h	?	1.° AR 2.° M	1400 » 1600 »

Nella procidenza degli arti superiori (3 volte) tutti e tre i feti nacquero asfittici e si riebbero.

delle avid.	Epoca della gravid.	Present. e posiz. di entrambi i feti	Procidenza degli arti	Durata del travaglio	Tempo trascorso tra il 1.° e il 2.° feto	Feti	
						Stato	Peso
rip.	a term.	1.° OISA 2.° SISP	— Proc. del braccio destro (post.) del 2.° feto.	9 h	?	1.° V 2.° AR	1384 gr. 1356 »
»	»	1.° SISA 2.° OIDP	Proc. della mano destra (post.) del 1.° feto. —	20 h	?	1.° AR 2.° M	2230 » 2070 »
»	8 mesi.	1.° SISA 2.° SIDP	Proc. della mano sinis. (ant.) del 1.° feto. —	1 h,30'	2 h, 15'	1.° AR 2.° AR	1450 » 1750 »

Nel caso di sollevamento di entrambi gli arti il feto, di 1440 gr., nacque asfittico e non ritornò in vita. — I giri di cordone attorno al corpo del feto che si presenta pel P non hanno dato neanche un caso di morte, infatti, sopra 6 feti, 2 nacquero V e 4 AR.

Giri sul collo . { 1 giro . { 1 V / 2 AR ; 3 giri . . 1 V }

Giri sul tronco . . . . 1 AR
» sugli arti inferiori . 1 AR

Del resto neanche nella presentazione di vertice che accompagnava la podalica si ebbero risultati sfavorevoli. Questo specchietto comparativo basterà a dimostrarlo:

Giri sugli arti inferiori . . { 1 AR (P) / 1 V (V) }
» sul tronco . . . . . 1 AR (P)
» sul collo . . . . . { 1 giro . { Vertice . { 3 V / 1 AR } ; Podice . { 1 V / 2 AR } } ; 2 giri . { 1 V . . / 1 AnR . } (Vertice) ; 3 giri . . 1 V (P) }

Anche qui aggiungo la relativa tabella per tutto ciò che possa essere utile.

N. delle gravid.	Epoca della gravid.	Present. e posiz. di entrambi i feti	Giri di cordone	Durata del travaglio	Tempo trascorso tra il 1.° e il 2.° feto	Feti	
						Stato	Pe
Plurip.	7 mesi	1.° OISP 2.° SISP	Un giro sul collo del 1.° feto. —	15 h	?	1.° AR 2.° AR	1863 1695
»	a term.	1.° OIDP 2.° SISA	— Un giro sul collo del 2.° feto.	24 h	?	1.° V 2.° AR	1695 1412
»	»	1.° OISA 2.° SIDA	Un giro sul collo del 1.° feto. —	10 h	1 h, 30'	1.° V 2.° AnR	1779 2034
»	»	1.° SIDP 2.° SISA	Un giro sugli arti inferiori del 1.° feto. --	12 h	1 h	1.° AR 2.° AR	1790 1807
Ipara	7 mesi	1.° OIDP 2.° SIDP	— Un giro sul tronco del 2.° feto.	17 h	30'	1.° AR 2.° AR	1580 1580
»	a term.	1.° OISA 2.° SIDP	— Un giro sul collo del 2.° feto.	10 h	15'	1.° V 2.° V	1800 2373
»	»	1.° OISA 2.° SISA	— Un giro sul collo del 2.° feto.	11 h	?	1.° V 2.° AR	2220 2125
Plurip.	»	1.° OISA 2.° SIDP	Due giri sul collo del 1.° feto. —	4 h	30'	1.° V 2.° V	2270 2800
Ipara	8 mesi	1.° OISA 2.° SIDP	Un giro sul collo del 1.° feto. —	18 h	30'	1.° V 2.° AR	1700 1000
Plurip.	»	1.° SIDA 2.° OISA	— Due giri sul collo del 2.° feto.	76 h, 42'	7'	1.° AR 2.° AnR	1900 1900
Ipara	a term.	1.° SIDA 2.° OISA	— Un giro sull'arto inferiore del 2.° feto.	11 h, 15'	15'	1.° V 2.° V	2420 2550
Plurip.	6 m. 1|2	1.° SISA 2.° SIDP	Tre giri sul collo del 1.° feto. —	3 h, 45'	5'	1.° V 2.° AR	1130 1020
Ipara	»	1.° Podice ? 2.° OISA	— Un giro sul collo del 2.° feto.	9 h	20'	1.° AR 2.° V	950 1030

L'inerzia dell'utero ha dato il maggior numero di feti morti: su 5 casi si ebbero 3 AR, 1 nR e 1 M, mentre su altri 3 feti non nati pel P, 1 nacque V e 2 asfittici e si riebbero.

Anche la cifra dei parti artificiali, o, per essere più completi, dei parti che si allontanarono dalle condizioni fisiologiche richiedendo spesso l'intervento dell'ostetrico, è minore di quella riferita per le gravidanze podaliche semplici: essa raggiunge appena il 38 0[0 circa (su 88 parti gemellari 54 normali), comprendendovi anche il caso di placenta previa.

Neanche gli atti operativi eseguiti sul feto in presentazione di P diedero, come vedremo in seguito, un pronostico molto sfavorevole.

Facciamo notare in ultimo che in tutti i casi di parto podalico, compresi quelli che richiesero l'intervento, non si ebbe mai alcuna lesione fetale.

Prognosi materna. — Non presenta alcun che di speciale nè differisce gran fatto da quella del parto podalico semplice.

Complessivamente si potè riscontrare:

Puerperi normali	N. 57	
» morbosi	» 30	20 seguiti da guarigione 10 » da morte
Non si sa il decorso del puerperio in	1 caso	
	88	

Si noti che i 10 casi di morte son dovuti:

ad infezione puerperale	5 volte
ad emorragia post-partum	2 »
a nefrite, eclampsia, meningite cerebro-spinale	3 »

La mortalità materna adunque, prescindendo dai casi che non si possono riferire direttamente al parto in sè, è minima. Il pronostico poi è del tutto felice nell'ultimo ventennio, infatti:

Prima del 1870.

Puerperi normali . . .	29	
» morbosi . . .	24	15 con guarigione 9 con morte

Di queste 9 donne 5 son morte per infezione puerperale, 2 per emorragia, una per nefrite e una per meningite.

Dopo il 1870.

Puerperi normali	28	
» morbosi	6	5 con guarigione 1 con morte
Non si sa il decorso del puerperio .	1 volta	

Il caso di morte è dovuto ad eclampsia.

E per finire sulle condizioni della madre dopo un parto gemellare con una o due presentazioni di P, riportiamo 2 casi di lacerazione perineale raccolti su 28 donne, a partire dal 1883. Queste lacerazioni si notarono in una Ipara e una multipara, entrambe a termine e con un sol feto in presentazione podalica. Le posizioni furono, in ambedue i casi, SIDP e OISA; il peso dei feti variò da 1980 gr. a 2550 e le lacerazioni avvennero spontaneamente.

Interventi.

Il seguente specchietto abbraccia tutti i casi d'intervento occorsi nella presentazione di podice.

Sul feto . .	Riduzione del cordone	6 volte
	» degli arti super. procidenti . . .	3 »
	» » » » rialzati	1 »
	Estrazione di tutto il feto	10 »
	» delle spalle e della testa	2 »
	» della sola testa	12 »
	Uncinazione digitale dell'inguine	1 »
	Versione per manovre esterne	1 »
		36
Sulla madre. .	Scarificazioni ai genitali esterni	6 volte

[Non vi sono atti operativi strumentali; di quelli segnati parecchi furono eseguiti sullo stesso feto].

Relativamente alla riduzione degli arti procidenti e degli arti sollevati dissi già qualche parola, riportando perfino in apposite tabelle i particolari che vi si riferivano: lo stesso dicasi per la riduzione del cordone, aggiungendo che tutti i tentativi fatti per eseguirla riuscirono vani. Si è ricorso all'estrazione manuale 10 volte su 104 feti presentatisi pel P, il che dà una frequenza del 9. 6 0[0; l'atto operativo fu eseguito per inerzia, sofferenze materne, fetali, ecc. Le donne che richie-

sero questo intervento furono 9 (una con entrambi i feti pel P), di cui 5 pluripare e 4 primipare, 3 di esse erano a termine, 1 all'8.° mese, 3 al 7.° e 2 al 6.° In quanto ai feti si ebbe:

Totale				Primipare				Pluripare			
V	AR	AnR	M	V	AR	AnR	M	V	AR	AnR	M
4	3	1	2	1	2	—	1	3	1	1	1

cioè a dire una mortalità media del 30 0[0 circa.

La prognosi fetale fu adunque meno grave nelle pluripare e questa minor gravità coincide poi al maggior peso che offrono i gemelli estratti. Con un peso intermedio tra 1000 e 3000 gr. neanche un feto nacque morto o AnR, i tre insuccessi si debbono alla piccolezza del bambino (al disotto di 1000 gr.) che anche non estratto sarebbe morto egualmente.

Sulla posizione del feto in rapporto al pronostico dell'estrazione non vi è nulla che c'interessi. Il puerperio fu normale in 7 casi, negli altri 2 morboso con morte della donna, la quale però devesi attribuire ad emorragia *post-partum* e a nefrite.

La differenza tra questi risultati (frequenza dell'atto operativo, prognosi, ecc.) e quelli del parto podalico semplice è evidentissima.

Tutti i casi d'estrazione manuale sono raccolti in questa tabella.

Numero delle gravid.	Epoca della gravidanza	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Tempo trascorso tra il 1.° e il 2.° feto	Feti		Puerperio	Osservazioni
					Stato	Peso		
Plurip.	6 mesi 1[2	1.° OIDP 2.° SISA	6 gior.	4 gior.	1.° V 2.° V	734 gr. 790 »	Morboso. Morte della donna per emorragia.	—
»	7 mesi.	1.° SISA 2.° SIDP	36 h	3 h	1.° AnR 2.° M	— 958 »	Normale.	Estratti entrambi.
»	a term.	1.° OISA 2.° SISA	18 h, 13'	5'	1.° V 2.° V	1470 » 1720 »	id.	—
Ipara.	»	1.° OISA 2.° SIDP	14 h, 35'	15'	1.° V 2.° V	2200 » 2100 »	id.	—
Plurip.	7 mesi.	1.° OIST 2.° SIST	7 h, 20'	15'	1.° AR 2.° V	1720 » 1730 »	id.	—
Ipara.	6 mesi 1[2	1.° Pod.a ? 2.° OISA	9 h	20'	1.° AR 2.° V	950 » 1030 »	id.	—
Plurip.	7 mesi.	1.° OISP 2.° SISP	15 h	?	1.° AR 2.° AR	1863 » 1695 »	id.	—
Ipara.	8 mesi.	1.° OISA 2.° SIDP	20 h	?	1.° AR 2.° AR	2034 » 1863 »	id.	—
»	a term.	1.° Vert. (?) 2.° Pod. (?)	15 h	?	1.° V 2.° M	? ?	Morboso. Morte della donna per nefrite.	—

In una pluripara a termine che presentava entrambi i feti pel podice si eseguirono le 2 estrazioni delle spalle e della testa.

Ambedue i gemelli si trovavano in SIDP e tra l'espulsione del 1.° e del 2.° passarono circa 20 minuti. L'uno pesava gr. 2550, l'altro 3430, tutti e 2 nacquero vivi. Il puerperio fu normale. L'estrazione della sola testa per inerzia, sofferenze (fetali, ecc.) ebbe luogo 12 volte in 5 Ipare e 7 pluripare con una frequenza cioè dell'11. 5 0[0. S'intervenne 10 volte a termine, 1 volta a 7 mesi e 1 a 5 e la mortalità dei feti fu appena del 16. 6 0[0 essendone nati 5 V e 7 A $\begin{cases} 5\ R \\ 2\ nR. \end{cases}$ Si noti però che anche in questo caso la morte del feto si deve alla sua piccolezza; dai 2000 ai 3000 gr. infatti tutti nacquero vivi o si riebbero dall'asfissia.

Il metodo di Mauriceau-Veit ha dato i migliori risultati.

Ho raccolto anche qui in unico schema le 12 estrazioni della testa la di cui prognosi, per ragioni abbastanza ovvie, è di gran lunga più favorevole che nei casi di parto podalico semplice.

Numero delle gravid.	Epoca della gravidanza	Presentazione e posizione	Durata del travaglio	Tempo trascorso tra il 1.° e il 2.° feto	Metodo adoperato per l'estrazione della testa	Feti		Puerperio
						Stato	Peso	
Plurip.	a term.	1.° OIDP 2.° SISA	39 h	?	Trazioni sul tronco.	1.° V 2.° AR	1695 gr. 1412 »	Morboso con guarigione.
Ipara.	»	1.° SIDA 2.° OISA	8 h	?	id.	1.° AR 2.° M (idr.)	1552 » 1412 »	Normale.
Plurip.	»	1.° OISA 2.° SIDA	10 h	1 h, 30'	id.	1.° V 2.° AnR	1779 » 2034 »	id.
Ipara.	7 mesi.	1.° OISA 2.° SIDP	20 h	?	id.	1.° V 2.° AnR	902 » 790 »	Morboso. Morte della donna per febbre puerper.
Plurip.	a term.	1.° SIDP 2.° SISA	12 h	1 h	id.	1.° AR 2.° AR	1790 » 1807 »	Normale.
Ipara.	»	1.° OISA 2.° SIDP	10 h	15'	id.	1.° V 2.° V	1807 » 2373 »	id.
»	»	1.° OISA 2.° SISA	11 h	?	id.	1.° V 2.° AR	2220 » 2125 »	Morboso con guarigione.
Plurip.	»	1.° SISA 2.° OIDP	20 h	?	id.	1.° AR 2.° M	2230 » 2070 »	id.
»	»	1.° Sp. Din CIS 2.° SISA	3 h, 55'	10'	Metodo Veit.	1.° V 2.° V	3100 » 2880 »	Normale.
Ipara.	»	1.° OISA 2.° Podice (?)	?	simult.	id.	1.° V 2.° V	1550 » 1700 »	Morboso con guarigione.
Plurip.	5 mesi.	1.° in blocco 2.° Podice (?)	?	?	id.	1.° V muo- 2.° V iono.	290 » 330 »	Normale.
»	a term.	1.° OIDA 2.° SID ?	9 h, 37'	25'	id.	1.° V 2.° V	3050 » 3150 »	id.

Uncinazione digitale dell'inguine. — Pluripara, a termine, anasarcatica, nefrite. Il 1.° feto (2900 gr.) si presenta in SISA, varietà natiche, il 2.° (gr. 2400) in OIDP; il travaglio è di 6 ore. Per l'eccessivo volume del 1.° feto e per il suo arresto di progressione, essendo gravi le condizioni materne, si uncina col dito l'inguine anteriore e si disimpegna il podice. Il 1.° feto nasce morto e dopo 15 minuti viene alla luce il 2.° leggermente asfittico. In puerperio la donna guarisce dalla nefrite.

Versione per manovre esterne. — Pluripara a termine: 1.° feto in OISA, 2.° in SISA. Il 2.° feto, dopo l'espulsione del primo, riuscì a situarsi trasversalmente e fu necessario ricorrere alla versione podalica esterna, per ottenere l'impegno del podice. Il travaglio si protrasse per 6 h. e 30', di cui 10' fra l'esplusione del 1.° e del 2.° feto.

I gemelli nacquero vivi: il 1.° pesava 3450 gr., il 2.° 3310; il puerperio fu regolare.

Per completare l'esposizione sommaria degli atti operativi nei nostri casi di gravidanza gemellare (N. 88), aggiungerò poche parole sugli interventi a cui fu necessario ricorrere pei feti non presentatisi pel podice. Questi interventi si possono così riassumere:

manuali . . .	Versione per manovre esterne	1 volta
	Versione classica	3 volte
strumentali	Forcipe	2 volte.

Versione per manovre esterne. — Primipara, a termine: 1.° feto natiche (posiz. ?), 2.° spalla sin.; 12 ore di travaglio. Sul 2.° si eseguisce la versione podalica esterna e si viene facilmente a condurre il podice allo stretto superiore. L'espulsione è spontanea e regolare, il puerperio normale.

Versione podalica per manovre interne. — 1.° Pluripara, a termine, parto prematuro provocato all'8.° mese e 1[2; 1.° feto in SISA, varietà natiche, 2.° in OIDP; 6 ore di travaglio e 15' tra l'espulsione del 1.° e del 2.° feto. La donna era anasarcatica per nefrite gravidica e le sue condizioni, all'istante del travaglio, erano tali da richiedere una pronta liberazione. Il 1.° feto si estrasse uncinando col dito l'inguine anteriore e sul 2.° si praticò il rivolgimento podalico per manovre interne. Il 1.° feto nacque morto, il 2.° asfittico e subito si riebbe, l'uno pesava 2900 gr., 2400 l'altro. In puerperio cessano i fenomeni nefritici.

2.° Pluripara, a termine, 1.° feto in SISA., 2.° spalla sin. in CIS. Travaglio 6 h. 45'; 1 h. e 20' tra l'espulsione del 1.° e quella del 2.° feto. Dopo l'espulsione del 1.°, è necessario eseguire il rivolgimento podalico per manovre interne sul 2.° feto che si presenta per la spalla e si conduce in vagina l'arto afferrato. Del resto tutto normale. Il 1.° gemello nasce vivo, il 2.° asfittico e subito ritorna in vita (2190 gr. e 2150 rispettivamente). Puerperio normale.

3.° Pluripara, a termine, 1.° feto spalla destra in CIS, 2.° feto in SISA. Travaglio 3 h. e 55'; 10' tra l'espulsione del 1.° e del 2.° feto.

Sul 1.° feto che si presenta per la spalla, si eseguisce il rivolgimento podalico interno e si estrae un bambino vivo del peso di 3100 gr.; il 2.° nasce vivo e pesa 2880 gr. Puerperio normale.

Forcipe sul feto presentato pel V. — 1.° Ipara, a termine, anasarcatica, 1.° feto pel V (posiz. ?), 2.° per le natiche. Occorrendo la pronta liberazione della donna, si applica il forcipe sul 1.° feto e si estrae il 2.°: il 1.° nasce vivo, il 2.° morto. Il travaglio si era protratto per 15 ore circa.

Lungo il puerperio continuarono i disturbi nefritici e la donna morì anasarcatica.

2.° Ipara, 8.° mese; 1.° feto OISA., 2.° SIDP; travaglio 20 ore. Per inerzia forcipe sulla testa del 1.° feto. Entrambi nacquero asfittici e si riebbero (2034 gr. e 1863 gr.). Puerperio normale.

In quanto agl'interventi sulla madre che si riducono a 6 casi di scarificazione dei genitali esterni per edema (5 pluripare, 1 Ipara, 4 volte a termine, 1 all'8.° mese e 1 al 7.°), non vi è nulla che meriti speciale riguardo.

Ci rimane da esporre qualche osservazione sul *parto prematuro provocato* e *sui vizi pelvici.*

Quattro volte si provocò il parto prematuro nei casi di gravidanze gemellari con presentazioni di podice e ciò in seguito a nefrite gravidica, vizio cardiaco e vomito incoercibile. Le 4 donne erano pluripare e la loro gestazione fu rispettivamente interrotta all'8.° mese e 1[2, al 7.° e 1[2, al 7.° e al 4.°. In tutti i casi un sol feto si presentò pel podice.

Il travaglio fu normale in 3 casi, in uno s'intervenne estraendo il 1.° feto e praticando la versione sul 2.°

Dei nati pel P, 2 vennero all'esterno vivi, uno morto. Il 4.° era macerato. Per altri particolari riscontrare la tabella qui annessa:

Num. delle gravidanze	Cause che determinarono l'intervento	Epoca della gravidanza all'istante dell'interv.	Metodo adoperato	Presentazione e posizione	Decorso del parto	Feti: stato	Feti: peso	Puerperio	Tempo trasc. tra 1.° e 2.° feto
Plurip.	Anasarca in gravidanza	8 m. e 1[2	Puntura delle membrane	1.° Varietà natiche SA 2.° Vertice DP	Estraz. manuale del 1.° feto Versione del 2.°	1.° M 2.° AR	2900 gr. 2400 »	morboso (con guarigione)	15'
				Dopo il 1870.					
Plurip.	Vizio cardiaco	7 m. e 1[2	Docce e candeletta	1.° OISA 2.° SISA	normale	1.° V 2.° V	1400 » 1440 »	regolare	5'
Plurip.	Insufficienza mitralica	7.° m.	Docce e candeletta	1.° OIST 2.° SIST	normale	1.° AR 2.° V	1720 » 1730 »	regolare	15'
Plurip.	Vomito incoercibile	4.° m.	Docce e candeletta	1.° Podice (?) 2.° Vertice (?)	secondamento artificiale	1.° Macer. 2.° Macer.	130 » 132 »	regolare	2'

In quanto al parto podalico nelle gravidanze gemellari, considerato nelle pelvi che si allontanano dalle condizioni ordinarie, abbiamo po-

chissimo da dire a differenza di quanto fu esposto relativamente al parto podalico semplice. In mancanza d'altro, ci riferiamo ai dati puri e semplici.

Pelvi ampia. — 1.° Pluripara. Pelvi: DB cm. 22; Obl.^{i} 27.

Parto a termine { 1.° feto OISA / 2.° feto SISA } Travaglio 9 ore.

Polidramnios. Rottura artificiale del 2.° sacco. 1.° feto V di 1695 gr.; 2.° feto AR di 1751 gr. Puerperio regolare.

2.° Pluripara. Pelvi: DB cm. 22; Obl.^{i} 24. 3.

Parto a termine { 1.° feto OISA / 2.° feto SIDP } Travaglio 10 ore.

Polidramnios. Rottura artificiale del 2.° sacco. Estrazione della testa ultima nel 2.° feto. 1.° Feto V di 1779 gr., 2.° feto AnR, di 2034 gr. Puerperio regolare.

Pelvi stenotiche. — 1.° Ipara, a termine. Pelvi semplicemente piatta: DB cm. 17. 5; CV cm. 8. 5; Obl.^{i} cm. 24. 1.° feto SIDA, AR e di 1552 gr.; 2.° feto OISA, M (idrocefalo) e di 1412 gr. Travaglio 8 ore. Rottura spontanea precoce del 1.° sacco ed estrazione del 1.° feto; rottura artificiale del 2.° sacco. Puerperio regolare.

2.° Pluripara, 8 m. e 1[2. Pelvi piatta: DB cm. 17. 5; CV 8. 5, Obl.^{i} 25, Tr. 30. — 1.° feto OIDT, V, di 2950 gr.; 2.° feto SISA, V, 2250 gr. Travaglio 16^{h} e 15'; 10' tra l'espulsione del 1.° e del 2.° feto. Rottura artificiale del 1.° e del 2.° sacco; puerperio regolare.

A compimento di questi brevissimi cenni sulla gravidanza doppia con uno o due feti pel P, riporto pochi dati sugli annessi tralasciando tutte quelle deduzioni che facilmente si possono ricavare dall' esame del materiale stesso. Se i miei casi non si riferissero alle sole gravidanze gemellari con una presentazione podalica, mi asterrei da questa sintetica esposizione perchè nella Clinica di Pavia tutto quanto riguarda gli annessi delle gravidanze multiple in genere, lungo il decennio 83-93, è stato scrupolosamente raccolto ed esaminato dal dott. Resinelli (209).

Rottura delle membrane. — Su 28 casi (56 feti) si ebbe la rottura spontanea 21 volte e artificiale 35 e relativamente ai sacchi:

1.° sacco	spontaneamente 16 volte	2.° sacco	spontaneamente 5 volte
	artificialmente 12 »		artificialmente 23 »

Prendendo in esame il modo della rottura delle borse in rapporto al tempo in cui la rottura stessa avvenne e alle gravidanze con uno o due feti pel podice, si ha:

Un feto pel P:

il 1.° sacco si ruppe	spontaneamente	all'inizio del travaglio	2 volte
		lungo il periodo dilatante	3 »
		a dilatazione completa	7 »
	artificialmente	all'inizio del travaglio (con la candeletta)	2 »
		lungo il periodo dilatante	1 »
		a dilatazione completa	9 »
			24

il 2.° sacco si ruppe	spontaneamente	5 volte
	artificialmente	19 »
		24

Due feti pel P:

1.° sacco	rottura spontanea, a dilatazione completa	4 volte
2.° sacco	» artificiale	4 »

Avuto riguardo alla presentazione dei feti, si trova:

Feti non pel P: rottura artificiale . .	13 volte
Feti pel P: rottura artificiale	22 »
	35

e viceversa per la rottura spontanea.

1.° feto		*2.° feto*	
Non pel P: rottura artificiale.	7 volte	Non pel P: rottura artificiale.	6 volte
Pel P: rottura artificiale . .	5 »	Pel P: rottura artificiale . .	17 »
	12		23

La rottura precoce non si è mai osservata.

La rottura tardiva si è notata una sola volta: pluripara, affetta da polidramnios, partorisce a 5 mesi. Il 1.° feto nasce in blocco, il 2.° pel P; la rottura della borsa fu spontanea pel 2.° feto, artificiale pel 1.°, il quale venne espulso rivestito dalle sue membrane. Nel sacco di questo 1.° feto vi era polidramnios, oligoidramnios nel sacco del 2.° Placenta unica con 2 amnios e 1 corion.

Sul liquido amniotico ho potuto raccogliere i seguenti particolari dagli stessi 28 casi:

Quantità.

Liquido scarso .	7 volte	3 volte	in un feto solo
		2 »	in entrambi
» normale .	22 »	4 »	in un feto solo
		9 »	in entrambi
» abbondante	20 »	6 »	in un feto solo
		7 »	in entrambi
Polidramnios . .	7 »	1 »	in un feto solo
		3 »	in entrambi
	56		

Considerando la quantità del liquido amniotico nel 1.° e nel 2.° sacco, si è avuto:

1.° sacco	scarso . . .	2 volte	2.° sacco	scarso . . .	5 volte
	normale . .	10 »		normale . .	12 »
	abbondante .	12 »		abbondante .	8 »
	polidramnios	4 »		polidramnios	3 »
		28			28

e secondo le presentazioni e le gravidanze con uno o due feti pel P:

Un feto pel P.

Liquido contenuto nel 1.° sacco	Feto non pel P . .	scarso . . .	2 volte
		normale . .	5 »
		abbondante .	8 »
		polidramnios	4 »
	» pel P . . .	normale . .	3 »
		abbondante .	2 »
			24

Liquido contenuto nel 2.° sacco	Feto non pel P . .	normale . .	4 volte
		abbondante .	1 »
	» pel P . . .	scarso . . .	4 »
		normale . .	6 »
		abbondante .	6 »
		polidramnios	3 »
			24

2 feti pel P.

Liquido contenuto nel 1.° sacco	normale . . .	2 volte
	abbondante . .	2 »
		4

Liquido contenuto nel 2.° »	scarso	1 volta
	normale . . .	2 volte
	abbondante . .	1 volta
		4

Un sacco con polidramnios racchiudeva 10 litri di liquido.

In tutti i casi di polidramnios gli annessi erano costituiti da 2 amnios e 1 corion. Parecchie volte si è notato il fatto di un sacco con abbondante liquido amniotico vicino ad un altro con liquido molto scarso. In un caso anzi vi era uno spiccato polidramnios con oligoidramnios dell'altro sacco (2 amnios e 1 corion).

Qualità. — Fu tinto di meconio soltanto in 6 casi.

Nel 1.° feto si osservò	2 volte	1 feto presentatosi pel V
		1 » » pel P
In entrambi i feti . .	2 »	1 » pel V e 1 pel P
		2 » pel P

In tutti questi casi i feti nacquero vivi.

In quanto alle membrane si ebbe complessivamente:

2 amnios e 2 corion	21 volte	1 feto pel P . .	2 amnios e 2 corion 17 volte
2 » e 1 »	7 »		2 » e 1 » 7 »
	28		24
		2 feti pel P . .	2 amnios e 2 corion 4 volte

Si noti che nei casi di 2 feti pel P si ebbero sempre 2 amnios e 2 corion. In genere poi, quando si è osservato 2 amnios e 2 corion, i feti sono stati di egual sesso 13 volte, di sesso diverso 8 volte. Nel caso di 2 amnios e 1 corion i feti hanno presentato ugual sesso (7 casi).

Sulla *placenta* ho potuto raccogliere i seguenti particolari:

Inserzione. — Fu sempre normale tranne in un caso in cui era previa laterale. (Pluripara, a termine { 1.° » OISA / 2.° feto SISA completa. } Poli-

dramnios. La metrorragia incominciò sin dal principio del travaglio; 30' tra l'espulsione del 1.° e quello del 2.° feto: entrambi vivi, l'uno di 2450 gr., l'altro 2550).

Distacco (in base a tutte le 88 gravidanze doppie). — Fu naturale 86 volte, artificiale 2 volte (manualmente 7.° e 4.° mese).

Tenendo conto degli ultimi 28 casi si ha:

Secondamento naturale	. . . . .	17 volte
» aiutato dalla spremitura	. .	10 »
» artificiale	. . , ...	1 »

Non si notò mai il distacco precoce della placenta. In un solo caso, lungo il parto del 2.° feto, si ebbe una leggera perdita sanguigna; gli annessi erano costituiti da due placente separate con membrane relative. Non si notò neanche abnorme adesione della placenta.

Durata del secondamento. — (Dall'espulsione del 2.° feto).

Secondamento avvenuto assieme ai 2 feti	.	1 volte
» » dopo 5 minuti	.	6 »
» » » 7 »	.	1 »
» » » 8 »	.	1 »
» » » 10 »	.	7 »
» » » 12 »	.	1 »
» » » 15 »	.	3 »
» » » 20 »	.	2 »
» » » 25 »	.	1 »
» » da 30' a 45'	.	3 »
» » ?	.	2 »

Tra una placenta e l'altra, nel caso di due masse placentari distinte, trascorsero dai 2 ai 5 minuti di tempo.

Numero delle placente nella stessa gravidanza doppia.

Una massa unica 20 volte

Due masse distinte 8 » { 5 volte 2 masse nettamente separate; 2 » separate ma contigue; 1 » una delle masse con un lobo accessorio.

28

Un feto pel P.

Una massa unica	17 volte
Due masse distinte	7 »
	24

Due feti pel P.

Una massa unica	3 volte
Due masse distinte ma contigue	1 »
	4

Secondo i vari mesi della gravidanza si ebbe:

Un feto pel P.

Placenta unica	10 volte a termine	Due placente	1 volta a termine
	2 » all'8.° mese		1 » all'8.° mese
	1 » al 7.° »		4 » al 7.° »
	2 » al 6.° »		1 » al 4.° »
	1 » al 5.° »		
	1 » al 4.° »		

Due feti pel P.

Placenta unica	2 volte al 7.° mese	Due placente	1 volta a termine
	1 » al 6.° »		

Peso delle placente.

Un feto pel P.

Placenta unica.

A termine:

Da 520 a 700 gr. 2 volte
800 gr. . . . 2 »
» 900 a 985 » 4 »
» 1030 a 1050 » 2 »
10

Media gr. 868

Rapporto fra peso della placenta e peso fetale.

970 gr.	2190 gr. / 2150 »	1030 gr.	3100 gr. / 2880 »
700 »	1470 » / 1720 »	800 »	2130 » / 1980 »
985 »	2200 » / 2100 »	800 »	2420 » / 2550 »
900 »	2685 » / 2250 »	520 »	1550 » / 1850 »
930 »	3450 » / 3310 »	1050 »	3050 » / 3150 »

8.° mese:

1 placenta gr. 830 . . Feti 1570 gr. / 1950 »
1 » » 930 . . Feti 2950 » / 2250 »

7.° mese:

1 placenta gr. 570 . . Feti 1470 gr. / 1450 »

6.° mese:

1 placenta gr. 510 . . Feti 950 gr. / 1030 »
1 » » 600 . . Feti 850 » / 570 »

Due placente (Peso complessivo).

A termine:

gr. 1110 . . . . . Feti 2750 gr. / 2650 »

8.° mese:

gr. 820 . . . . . Feti 1900 gr. / 1909 »

7.° mese:

gr. 440 Feti	1100 / 710	gr. 680 Feti	2180 / 1870
gr. 630 Feti	1720 / 1730	gr. 550 Feti	1400 / 1440

Due feti pel P.

Placenta unica.

7 mesi: gr. 580 — 1650 gr. / 1780 »; gr. 800 — 1750 » / 1550 »

Due placente.

A termine: gr. 1010 — 2550 gr. / 3430 »

Inserzione del funicolo.

Su 56 feti si conobbe l'inserzione del funicolo 41 volte
non si seppe 15 »

56

Considerando complessivamente (2 placente o placenta unica) l'inserzione del cordone si ha:

Inserzione	centrale e centrale	2	volte
»	» ed eccentrica	3	»
»	» e marginale	6	»
»	» e velamentosa	1	»
»	eccentrica ed eccentrica	5	»
»	» e marginale	1	»
»	» e velamentosa	2	»
»	velamentosa e ?	1	»

e in rapporto al 1.° o al 2.° funicolo:

Inserzione	centrale	14 volte	1.° funicolo	8	volte
			2.° »	6	»
»	eccentrica	16 »	1.° »	8	»
			2.° »	8	»
»	marginale	7 »	1.° »	3	»
			2.° »	4	»
»	velamentosa	4 »	1.° »	2	»
			2.° »	2	»
		41			

Nel caso di due placente separate l'inserzione fu

centrale e centrale	1	volta
» ed eccentrica	2	»
» e marginale	1	»
eccentrica ed eccentrica	2	»
	6	

1.ª placenta	inserz. centrale	2	volte
	» eccentrica	3	»
	» marginale	1	»
		6	

2.ª placenta	inserz. centrale	3	volte
	» eccentrica	3	»
		6	

Inserzione del funicolo in rapporto alla presentazione:

Feti pel P (1.° e 2.° insieme).

Inserzione centrale	. . 5	volte
» eccentrica	. 12	»
» marginale	. 5	»
» velamentosa	2	»
	24	

Nei 4 casi di due feti pel P l'inserzione fu:

3 volte eccentrica ed eccentrica
1 » centrale e marginale

Feto non pel P.

Inserzione centrale	 9	volte
» eccentrica	 4	»
» marginale	 2	»
» velamentosa	 2	»
	17	

Lunghezza del cordone nei feti nati pel P.

A termine	lunghezza	media	centimetri	45
» 8 mesi	»	»	»	48
» 7 »	»	»	»	39
» 6 »	»	»	»	39
» 5 »	»	»	»	43
» 4 »	»	»	»	35

In un caso, 6.° mese di gravidanza con 2 feti pel P, il 1.° cordone di 34 cm. faceva 3 giri al collo del feto; il 2.° funicolo era lungo 46 cm.

Gravidanza trigemina.

Dissi in principio di questo capitolo di aver riscontrato su 153 gravidanze multiple. 2 gravidanze trigemine. In una di esse si ebbero 3 feti pel vertice, nell'altra 2 pel vertice e 1 pel P. Darò i particolari più salienti che si riferiscono a quest'ultimo caso per finire sulla presentazione podalica nelle gravidanze composte.

Giornaliera, di anni 32, VIIIpara, partorisce a termine dopo un travaglio di 6 ore e 15 m. Dei feti il 1.° si presentò in SISA completa, il 2.° in OIDP, il 3.° in OISA; tutti e tre erano femmine, le prime due nacquero vive, e la terza gravemente asfittica (morì dopo 2 ore).

1.° feto	peso	1770	gr.,	lunghezza	42 cm.
2.° »	»	1790	»	»	44 »
3.° »	»	1500	»	»	40 »

I diametri cefalici e del tronco fecero rilevare il maggior sviluppo del 2.° feto in rapporto al 1.° e al 3.°. Lungo il parto s'intervenne per l'estrazione manuale del 1.° feto; gli altri due nacquero spontaneamente. Tra l'espulsione del 1.° e del 2.° trascorsero 2 ore e 15', tra il 2.° e il 3.° 10 minuti.

Le membrane si ruppero artificialmente in tutti e tre i sacchi e il liquido amniotico fu abbondante. La placenta era unica, con 2 amnios e 2 corion, pel 1.° e per l'ultimo feto, il 2.° ne aveva una propria. Si deve al distacco precoce della 1.ª placenta l'asfissia del 3.° nato.

Il peso delle due placente fu di gr. 940, di cui 360 gr. per la 2.ª e 580 gr. per la 1.ª; il secondamento avvenne dopo 5 minuti dall'espulsione del 3.° feto, i tre funicoli erano inserti centralmente: il 1.° era lungo 38 cm., il 2.° 35, il 3.° 33.

***

Esaurita in tal modo l'esposizione del materiale da me raccolto e ordinato nella Clinica di Pavia, mi resterebbero solo da aggiungere le relative tabelle da servire per il controllo dei dati in ordine ai diversi casi presi in esame, ma me ne astengo per non esorbitare dai limiti che fin da principio avevo imposto al presente modesto lavoro.

BIBLIOGRAFIA.

1. Casati. « Prospetti clinici della R. Scuola di ostetr. di Milano per gli anni 1864-65-66-67-68. »
2. Mangiagalli. « Il quinquennio 1875-79 nella Clinica ostetrica di Milano. » Rendiconto clinico. Milano, 1882.
3. Chiarleoni. « La pratica ostetrica nel servizio di S. Corona in Milano, » 1882.
4. Berruti. « Un triennio di Clinica ostetrica alla Maternità di Torino. » Torino, 1875.
5. Grassi. « Il 1.° anno della Clinica ostetrica diretta dal prof. Balocchi nella Maternità di Firenze. » Firenze, 1880.
6. Alberti. « Resoconto clinico-ostetrico del triennio 1880-82. » Modena, 1883.
7. Bruers. « Rendiconto sanitario del quadriennio 1875-78 della Maternità di Bologna. » — Bruers e Berti. « Rendiconto statistico-sanitario del quadriennio 1879-82, Maternità di Bologna. »
8. Sacchi. « Alcuni argomenti ostetrici studiati nella Maternità di Cremona. »
9. Pugliatti. « Uno sguardo rapidissimo sulla Clinica ostetrica di Messina nel biennio scolastico 1882-83 e 1883-84. »
10. Inverardi. « Il parto podalico studiato nella Clinica ostetr. torinese. » Torino, 1878.
11. Truzzi. « Dell'estrazione podalica del feto. » Relazione al III Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia, seduta del 20 Ottobre 1896. Roma.

12. Cuzzi. « Trattato di ostetricia e ginecologia. » vol. I, Vallardi.
13. Porro. « Il biennio clinico 1869-70 alla Maternità di Milano. » Milano, 1871.
14. Belluzzi. « Pericoli dell'applicazione dell'uncino ostetrico all'inguine del feto nel parto per le natiche. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, anno IV, 1882 e *Mem. d. Accad. d. Scienze* di Bologna, serie IV, tomo II, 1881.
15. Corson. *N. Y. medic. J.*, 15 e 22 Maggio 1886.
16. Koettnitz. « Ueber Beckenendlagen. » *Klin. Vorträge v. Volkmann*, N. 88, (Gynäkologie, N. 33), Dicembre 1893.
17. Penrose. « On the mechan. of Labor in Syst. of Obstetr. by Am. Auct. » vol. 1.° Edimburg, 1889.
18. Braun. « Trattato completo di ostetricia. » Traduz. ital. Napoli, 1869.
19. Baudelocque. « L'art des accouchements. » Sixième édition. Paris, 1822.
20. Etienne. « Étude sur les présentation du siège a la Maternité de Nancy. » *Archives de Tocologie et de Gyn.*, Mai 1893.
21. Bland, cit. da M.me Boivin.
22. Hecker. « Klinik, » I.
23. Joulin. « Traité complet d'accouchem. » Paris, 1867.
24. Boer, cit. da Velpeau.
25. Boivin. « Dell'arte di assistere i parti. » Trad. di Meli, vol. 2.°, Milano, 1822.
26. Playfair. « The Science and pract. of midw., » vol. I, Londra, 1889.
27. Kuestner. « Die Steiss und Fusslagen » u. s. w. *Volkmann Sammlung Klinis. Vortr.*, N. 140. — « Beckenendlagen. » in « Muller's Hand. f. Geb. » B. II.
28. Pinard. « De l'accomodation du fœtus pendant la grossesse ou des causes des diverses présentations. » — « Des causes de la présent. de l'extrem. pelvienne. » *Annales de Gynécologie*, Mai e Juillet, 1878. — « Traité de palp. abdom. » Paris, 1878.
29. Tarnier et Chantreuil. « Traité de l'art des accouchem. » Paris, 1882.
30. Lachapelle. « Pratique des accouchem. » Paris, 1825, T. II e IV.
31. Merriman. « A Synopsis on the var. Kind of Diffic. parturit. » (Cit. dalla Boivin).
32. Velpeau. « Trattato completo di ostetricia. » Trad. ital. Venezia, 1835.
33. Depaul. « Leçons de clinique obstetr. » Paris, 1872.
34. Charles. « Cours d'accouchements. » Liège, 1892.
35. Schônberg. *Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, 1887, N. 3. Christiania.
36. Dubois. V. Hubert.
37. Hubert « Accouchements, gynécologie et deontologie, » 1892.
38. Gardien « Trattato completo dei parti. » Trad. ital. sulla 2ª ediz. Firenze, 1820.
39. Welponer. « Lo stabilimento di Maternità nell'anno 1881. »
40. Guéniot. Soc. obstetr. et gynécol. de Paris, séance du 9 Déc. 1886.
41. Jeaucourt, cit. da Mangiagalli e Pugliatti.
42. Smellie. « Traité de la théorie et pratique des accouch. » Trad. de Preville, Paris, 1771.
43. Ligiehn, cit. da Koettnitz.
44. Dalhem, cit. da Koettnitz.
45. Schaeublin. « Ueber die Konstanz der Kindeslagen bei wiederholten Geburten. » Basilea, 1888.
46. Winckel. « Lehrb. d. Geburt. » Leipzig, 1889.
47. Bourrus. Thèse de Paris, 1890.
48. Herrgott. « Essai sur les différentes var. de forme de la matrice. » Strasbourg, 1839.
49. Pfannenstiel. « Ueber Schwangersch. bei Uterus didelphys. » Breslau, 1894.
50. Steffens. « Ueber Schwangersch. und Geb. bei Missbild. des Uterus. » Tübingen, 1895.

51. Griziotti. « Utero arcuato e presentazione podalica ripetuta. » *Ann. d'ostetr. e ginec.*, Gennaio 1897.
52. Nourse. *Ohio Medical Record*, 1885.
53. Pestalozza. « Fibromi d'utero e gravidanza. » Pavia, 1890.
54. Pajot. Soc. obstétr. et gynécol. de Paris. Séance du 9 Déc. 1886.
55. Porak. « Statistique des présent. du siège a propos du pronostic et du traitement de ces présentations. » *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, Févr. 1887.
56. Litzmann. « Die Formen des Beckens. u. s. w. » Berlin, 1861.
57. Michaelis. « Das enge Becken. » Leipzig, 1865.
58. Schröder. « Manuale di ostetricia, » 3.ª ediz. ital., 1888.
59. Pestalozza. « Frequenza relativa e forme più comuni del restringimento pelvico secondo i differenti paesi. » Congresso internaz. d'ostetr. e ginec., Ginevra, 1896.
60. Tibone. V. Muggia.
61. Spiegelberg. « Lehrbuch der Geburstsh. »
62. Barnes. « Frequenza relat. e forme più comuni d. restring. pelv. secondo i differ. paesi. » Congr. internaz. d'ost. e gin., Ginevra, 1896.
63. Muggia. « Contributo all'eziologia della presentazione della faccia. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, Settembre e Ottobre 1895.
64. Chiarleoni. « Dell'estrazione podalica del feto. » III Congresso della Soc. ital. d'ost. e ginec. Roma, Ottobre 1896.
65. Martel. « De l'accomodation en obstétrique. » *Ann. de gynéc.*, Janvier 1879.
66. Scanzoni. « Lehrb. d. Geb. » vol. I, 4.ª ediz.
67. Veit. « Beitr. zur Geburtsh. Statist » *Monatschr. f. Geburts.*, B. VI.
68. Dubois. « On the relative frequency of the different cranial positions. » *Obstetr. Journ.*, N. 30.
69. De-Billi. *Ann. univ. di medic.*, 1844.
70. Stoltz in Joulin. « Traité compl. d'accouch. » Paris, 1867.
71. Fritsch. « Traité clinique des opérations obstétric. » Trad. franc. Paris, 1892, cap. VI.
72. Churchill. « On the theory and practice of midwifery. » London, 1868.
73. Duncan. *Associat. Journ.*, 1855.
74. Pastorello. « Trattato di ostetricia. » Pavia, 1854.
75. Hecker. *Monatschr. f. Geburst.*, 1865.
76. Veit. « Muller's Handb. f. Geburst. » 1887.
77. Calderini. « Le dimensioni del feto negli ultimi tre mesi della gravidanza. » Torino, 1875.
78. Potocki. « De l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décompleté, mode des fesses. » *Ann. de gynéc. et d'obstétr.*, Jouillet, Août, Novembre 1893.
79. Ahlfeld. *Arch. f. Gynäk.*, vol. II.
80. Budin. « Du diagnostic pendant la grossesse de la présent. de l'extr. pelv. » *Annales de Gynéc.*, 1882.
81. Cantacuzène. « Note pour servir a l'histoire clin. des présent. de l'extr. pelv. » *Annales de Gynéc.*, 1882.
82. Hecker. *Arch. f. Gynäk.*, 1869, Bd. II.
83. Hohl. « Die Geburt. missagestall. Foet. u. s. w. » Halle, 1850.
84. Cassinat, cit. da Cuzzi.
85. Charpentier. « Traité prat. de l'art des accouchem. » Paris, 1883.
86. Truzzi. « Di una rara causa di presentaz. podal. immutabile e di morte del feto in gravidanza. » *Ann. di ostet. e ginec.*, Luglio 1890.
87. Casati. « Prospetto clinico della R. Scuola di Ostetricia di Milano per l'anno 1865. »

88. Guillemont. Thèse de Paris, 1834, N. 120.
89. Richter. « Synops. prac. obstetr., » pag. 417.
90. Siebold. *Bulletin de Férussac*, vol. 21.
91. Mayer. « De circumvolutionibus funiculi umbelici, » 1842.
92. Kluge. *Bulletin de Férussac*, vol. 21.
93. Valenta. *Monatschr. f. Geburst.*, B. 25.
93* Tridondani. « Una rara causa di provocazione di aborto. » *Gazz. med. di Pavia*, 1892.
94. Naegele. « Ueber d. Mechan. d. Geburst. » Heidelberg, 1822.
95. Hildebrandt. *M. f. Gynäk.*, vol. 23.
96. Calderini. « Rendiconto dell' Istituto ostetrico di Parma, » 1877.
97. Lessona. « Del secondamento artificiale. » Torino, 1887.
98. Macari. « Clinica ostetrica di Modena, » 1873.
99. Pazzi « Contributo allo studio delle anomalie placentari con speciale riguardo alla placenta previa. » Studi di ostetricia. Bologna, 1894.
100. Lovati. « Manuale di ostetricia minore. » Milano, 1844.
101. Veit. « Beitr. zur Geburst. Statist. » *Monatschr. f. Geb.*, 1855.
102. Martin. « Lehrbuch d. Geburst. » Leipzig, 1892.
103. Runge. « Lehrbuch d. Geburst. » Berlin, 1891.
104. Piazza. « Rendiconto della Clinica ostetrica di Palermo, » 1861.
105. Acconci. « La contrazione e l'inerzia dell'utero. » *Giorn. Accad. Med.*, Torino, 1891.
106. Cuzzi, Tibone e Morisani. « Guida della levatrice. » Torino, 1892.
107. Leihsmann. « A Syst. of midwifery, » 1888, vol. I.
108. Moschion. « Harmonia Gynaec, » cap. 12.°
109. Paolo d' Egina. Lib. II, cap. 16.°
110. A. Pareo. Lib. XXIV, cap. 15.°
111. Rhodion. « De partu homin., » pag. 36.
112. Guillemeau. « De l'hereux accouch. d. femmes, etc. » Paris, 1609.
113. Roederer. « Elem. art. obst. » 1753.
114. Bertrandi. « Opere anatom. e cerus. Arte ostetricia. » Torino, 1790.
115. Melli. « La comare levatrice, » 1723.
116. Dugés. « Manuale di ostetricia. » 1.ª trad. ital. Milano, 1833.
117. Dionis. « Traité génér. d. accouchem., » pag. 254.
118. Balocchi. « Ostetricia. » Milano, 1871.
119. Dubois. *Mém. de l'Acad. royale de méd.*, vol. III, pag. 450.
120. Bell. *Monthly J. of medic. sc.*, Sept. 1853.
121. Landouzy. Thèse de Paris, 1839.
122. Nadaud. Thèse de Paris, 1872.
123. Varnier. « Note sur un cas de paralysie fac. periph. (d'orig. intraut.) chez un nouveau-né expulsé en present. du siège. » *Ann. de gynéc.*, Nov. 1888.
124. Zacke. « Beitr. z. Kapit. d. Verletz. d. Kindes währ. d. Geburt. » Inaug. Dissertation. Berlin, 1889.
125. Kennedy. *The Dublin Journal*, 1837, 1 Gennaio.
126. Roulland. « A propos de quelques faits de paral. de nouveau-né. » Paris, 1887.
127. Labat. Thèse de Paris, 1881.
128. Asdrubali. « Tratt. gener. di ostetr. teor. prat. » Roma, 1812.
129. Schluter. « Contrib. à l'étude du trait. du prolapsus funic. » *Ann. de gynéc.*, Nov. 1881.
130. Lusck. « Science et art des accouchem. » Trad. Doléris. Paris, 1885.
131. Martin. « Lehrbuch der Geburtsh., » 1891.

132. Braun, in Schauta. « Grundriss der operat. Geburtshilfe, » 1892.

133. Koppe. *Centralblatt für Gynäk.*, 1885, N. 45.

134. Pazzi. « Una modificaz. alla man. di Veit per l'estraz. d. capo fet. post. al tronco. » *Archivio di ostetr. e ginec.*, anno II, 1895.

135. Mauriceau. « Observ. sur les malad. des femmes grosses. » 1781. — Veit. « Greifswald Medizinische Beiträge, » 1864. — Smellie. (V. N. 42). — Levret. « L'art des accouchem. » Paris, 1766. — Lachapelle. (V. N. 30).

136. Wigand. « Beiträge zur theor. und prakt. Geburtsh., » 1800. — Martin A. « Ueber die manuelle Entwickel. des nachfolgenden Kopfes bei räuml. Missverh. » *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1886. — Winckel. (V. N. 46).

137. Kiwisch. « Beiträge zur Geburtskunde. » Würzburg, 1849. — Scanzoni. « Grundriss der Geburt,, » 1867. — Lange. « Lehrbuch der Geburt., » 1868. — Pugh. « A treat. of Midwifery, » 1754.

138. Hohl. « Lehrbuch der Geburtsh. » Leipzig, 1855.

139. Fehling. « Die Geburt. Operat. » Muller's Hand., 1889, B. III.

140. Martin. *Monatschrift für Geburtskunde*, B. 26.

141. Kilian. « Die operative Geburtsh., » 1849.

142. Eisenhart. *Arch. f. Gynäk.*, B. 36, H. 2.

143. Winter. *Zeitschr, f. Geb. und Gynäk.*, B. XII, H. 2.

144. Pugh. (V. N. 137). — Weidmann. « Weidmann's Vectis aerophorus wurde besch. in C. Wenzel's allg. geb. Betracht., » 1818. — Barnes. « Leçons sur les operat. obstetr. » Paris, 1873.

145. Farabeuf et Varnier. « Introd. à l'étude clin. et à la prat. des accouch. » Paris, 1891. — Barnes. (V. N. 143). — Truzzi. (V. N. 11).

146. Mattei, cit. da Inverardi (10).

147. Doléris. « De la version par manœuvres ext. » Soc. obst. et gyn. de Paris. Séance du 11 Novembre 1886.

148. Wasseige. *Annales de gynécologie*, Mai 1878.

149. Olivier. « De la vers. par man. ext. » Soc. obst. et gynéc. de Paris, Séance du 11 Nov. 1886. — « Trois cas de présent. du siège, mode des fesses. » *Ann. de gynécol.*, Nov. 1890.

150. Loviot. « De la vers. céphal. par man. ext. chez les Ipares, etc., etc. » Paris, 1887. — « Présent. du siège, proc. du cordon. Vers. par man. ext. » *Journ. des connaissances méd.*, 2 Sept. 1886. — « Présent. du siège engagé. - Rétrop. du siège par man. vag.-abdom. » *Ann. de Gynéc.*, Juillet, 1888.

151. Corriez. « De la vers. par man. ext. dans les pres. du siège engagé. » Paris, 1888.

152-153. Gueniot, Pajot, Charpentier. « De la vers. par man. ext. » Soc. obst. et gynéc. de Paris, 11 Nov. 1886.

154. Verrier. *Annales de gynécol.*, Nov. 1890.

155. Ahlfeld. *Arch. f. Gyn.*, 1873.

156. Winter. « Zur Behandlung der Steisslagen. » *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1891.

157. Huter. « Compendium der Geburts. Operation. » Leipzig, 1874.

158. Gaulard. « Considération sur les présent. du siège. » *Arch. de Tocol.*, 1889.

159. Pinard. V. Potocki, 78. — Mantel, 160. — Farabeuf et Varnier, 161.

160. Mantel. « Une nouv. man. pour l'abaissem. d'un pied dans la pres. du siège decompl., mode des fesses. » Thèse de Paris, 1889.

161. Farabeuf et Varnier. « Introd. à l'étude clin. et à la prat. des accouch. » Paris, 1891.

162. Pasquali. III Congresso naz. d. Soc. ital. di ostetr. e gin. Roma, Ottobre 1896.

163. Peu. « La pratique des accouch. » Paris, 1694.

164. Hohl, 138. — Schröder, 58. — Spiegelberg, 61. — Fritsch, 71. — Lusck, 130. — Porak, 55. — Hecker, 22. — Furst. *Arch. f. Gynäk.*, 1890, B. 37, H. 2.

165. Kilian, 141. — Huter, 157. — Kustner, 27.

166. Weckbecker-Sternfeld. « Beitr. z. Frage u. s. w. » *Arch. f. Gynäk.*, B. 18.

167. Remy. *Arch. de Tocologie*, 1890.

168. Viardel. « Observat. sur la prat. des accouch. » Paris. 1671.

169. Osiander. « Handbuch der Entbindungsk. » B. II — Julin, 23. — Schröder, 58. — Belluzzi, 14. — Mangiagalli, 2. — Pugliatti 9. — Lusck, 130. — Porak, 55. — Morisani. « Manuale delle operaz. ostetr. » Napoli, 1878.

170. Belluzzi. « Forcipe e cefalotribo riuniti in un solo strumento. » Bologna 1881. — « Dell'uso del forcipe sulle natiche del feto nel parto podalico artificiale. » *Ann. di ostetr., ginecol. e ped.*, anno IV, 1882 e *Mem. d. Acc. d. sc. d. Ist. di Bologna*, serie IV, tomo III, 1882.

171. Truzzi. « Nuove ricerche sui vantaggi e sulla tecnica dell'applicazione del forcipe sull'ovoide podalico del feto. » *Gazzetta med. lomb.*, Milano, 1883. — « Dell'estrazione podalica del feto. » V, N. 11.

172. Pugliatti. « Nota preventiva sopra un nuovo metodo di applicazione di forcipe sulle natiche. » Lettera aperta al prof. Morisani. *Giornale di clinica e terapia*, Messina, anno III, 1884, fasc. 6-7. — « Uno sguardo rapidissimo, ecc. ecc. » V. N. 9.

173. Jacquemier. « Traité de l'art des accouch., » T. II, Paris, 1846.

174. Olivier. « De la conduite à tenir dans la présent. de l'extrem. pelvienne. » Thèse de Paris, 1883.

175. Dubois; Stoltz, in Charpentier. « Manuel d'accouch. » Paris, 1875.

176. Haake. « Ueber den Gebrauch der Kopfzanger zur Extraction. » *Arch. f. Gyn.*, B. XI.

177. Simpson. « Clinique obstétric. et gynécol. » Paris, 1874.

178. Guichard. « Présent. du siège (var. des fesses). » *Ann. de gynécol.*, 1882.

179. Doléris. Nota alla trad. del Lusk. « Science et art des accouch. » Paris, 1885.

180. King. « Breechpresentation successful delivery with forceps. » *Boston med. and surg. Journal*, 21 Nov. 1889, t. 121.

181. Loviot. « Application de forceps sur le siège decompl., mode des fesses, etc. » *Ann. de gynéc.*, Août 1891.

182. Narich. « Deux cas de présent. du siège décompl., mode des fesses, ecc. » *Annales de gynécol.*, Mars 1891.

183. Levret. « L'art des accouch. » 3.ª ediz., Paris, 1766. — Bertrandi, 114. — Asdrubali, 128. — Frari. « Delle operaz. in ostetr. » Venezia, 1845. — Gergens. « Die steissgeburt. » Würzburg, 1828. — Smellie, 42.

184. Lachapelle, 30. — Baudelocque, 19. — Capuron. « Corso teorico e pratico di ostetricia. » Milano, 1841. — Dugès, 116.

185. Lefour. (V. N. 171).

186. Morisani, 169. — Braun, 18. — Schröder, 58. — Barnes, 144.

187. Deleury. « Traité des accouch. » Paris, 1770.

188. Nessi. « Arte ostetricia teorico-pratica. » Venezia, 1797. — Pastorello, 74. — Velpeau, 32. — Braun, 18. — Tarnier, 29.

189. Knox. « Trois présent. du siège, dechir. du perin. » *Ann. de gyn.*, Mars 1888.

190. Smith. « Le forceps sur la tête dernière. » *Ann. de gyn.*, Août, 1888.

191. Staedler, « Die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopfe. » *Arch. f. gyn.*, 1891, B. 40, H. 1.

192. Cuzzi. « Del forcipe. » Studio storico-critico-sperimentale. Torino, 1875.

193. SACCHI. « Il parto precoce artific. nelle stenosi pelviche più comuni. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1891, N. 1 e segg.

194. BRAUN. « Der Kaiserschnitt u. s. w. » Vienna, 1888.

195. AHLFELD. « 118 Falle von Einleitung der Künstlichen Frühgeburt. » *Centralbl. f. Gynäkologie*, 1890, N. 30.

196. LEOPOLD, L. KORN. « Beitrag zur Lehre von der Künstlichen Frühgeburt, » 1888.

197. PINARD. « De l'accouchem. provoqué. » *Ann. de gyn.*, Févr. 1891.

198. CALDERINI. « Del parto premat. artific. provoc. in Italia. » Studi di ostetricia e ginecologia dedic. a D. Tibone. Milano, 1890.

199. PORRO. « Risultati apparenti e risultati veri del parto prem. artif. » Milano, 1871.

200. CHIARA, MANGIAGALLI, CHIARLEONI, TRUZZI. V. CALDERINI, 198 e SACCHI, 193.

201. TARNIER. *Semaine médicale* (BUDIN).

202. WIEDOW. *Archiv f. Gynäk.*, B. 32, H. 1.

203. CHAMPETIER DE RIBES. « Du passage de la tête foetale à travers le détroit supér. rétréci du bassin dans les présent. du siège. » Paris, 1879.

204. PANTALEO. « Sull'interv. ostetr. nelle sten. della pelvi. » *Sicilia medica*, anno II, fasc. 21.

205. BUDIN. « Obstétrique et gynécologie. Recherch. clin et expér. » Paris, 1886.

206. LACHAPELLE, 30. — SIMPSON, 177. — GOODELL. « Mecan. de l'accouch. nat. et artif. dans les bassins rétrécis. » *Ann. de gynéc.*, Janv. 1878. — MILNE. *Edinb. M. Journ.*, Feb. 1874. — SCHRÖDER, 58. — FRITSCH. « Traité clin. des oper. obstétr. » Trad. fr., Paris, 1892, chap. X. — STRASMANN, *M. f. G.*, B. 31. — HÖNING. *M. f. G.*, B. 33.

207. GUZZONI DEGLI ANCARANI. « A proposito di un caso di grav. seigemellare. » Modena, 1889.

208. RESINELLI. « Gli annessi nella gravid. multipla. » Pavia, 1895.

209. KLEINWAECHTER. « Die Lehre von der Zw. lingen. » Prag, 1871.

210. HIRIGOYEN. « Étude prat. sur la grossesse et l'accouchem. gémell. » Paris, 1879. — WINCKEL, 46. — INVERARDI, 10. — BREM. « Orvosi hopital, » 1890.

RASSEGNA

A. R. SAVOR. — **Fistola del corpo dell'utero e della vescica.** — *Centralblatt f. Gynäkologie,* N. 49, 1897.

Una secondipara di bacino rachitico ristretto aveva 5 anni prima subìta la sezione cesarea conservatrice. Un filo di seta era passato dalla parete uterina nella vescica, determinando fra questi due organi una fistola che rimase latente. Caduto poi il filo nella vescica, formò il nucleo di un calcolo fosfatico, che alla sua volta diè luogo ad una cistite ammoniacale. Rimasta ancor gravida la donna, fu provocato il parto artificialmente nell'8.° mese. La fistola vescico-uterina si aperse di nuovo, e l'orina passando nell'utero accese una endometrite settica letale.

DECIO.

KATZENELENBOGEN. — **Il salicilato di soda e di caffeina contro l'insufficienza delle contrazioni uterine.** — *Revue Obst. Int.,* 11 Janvier.

L'A. preconizza le iniezioni sottocutanee di salicilato doppio di soda e di caffeina alla dose di gr. 0,20 a 0,30 come un buon mezzo per provocare, nei casi di atonia uterina *intra partum,* energiche contrazioni della matrice. DECIO.

BIBLIOGRAFIA

Prof. FELICE LA TORRE. — **Elementi di ostetricia ad uso dei medici e degli studenti.** — Vol. II, Torino, Fratelli Bocca, editori.

Continuando il primo volume, è uscito ora il secondo col quale finisce il « Trattato di Ostetricia » del dott. Felice La Torre, prof. pareggiato in ostetricia e clinica-ostetrica nella R. Università di Roma. Questo secondo volume di 564 pag. in 16.° è consacrato alla patologia della gravidanza, del parto e del puerperio, non che alla terapia ostetrica. La forma di lezioni onde è esposto, fa sì che anche codesta seconda parte, siccome la prima si scorra con vivo interesse. Spiacenti che la mole dell'opera non ci consenta di dare una recensione dei vari capitoli, diremo soltanto che la patologia della gravidanza è minutamente esposta riguardo alle malattie della madre, e specialmente per quanto concerne le viziature del bacino. Accurata è pure la esposizione delle malattie dell'uovo, dell'albuminuria, della eclampsia. L'ultima parte del trattato è consacrata alla terapia, alle operazioni

ostetriche debitamente distinte. Numerose figure ornano il trattato il quale non solo sarà utile guida agli studenti, ma ben anco ai medici pratici.

DECIO.

TARNIER et BUDIN. — **Traité de l'art des accouchements.** — T. III, *Dystocie maternelle.* Paris, G. Steinheil édit., 1898.

Al volume della patologia della gravidanza, comparsa da parecchi anni, e dappertutto così favorevolmente accolto, tien dietro ora il III volume di questo trattato di Tarnier e di Budin. Esso svolge la distocia materna. La morte ha impedito a Tarnier di vedere compiuta l'opera sua: l'hanno compiuta Budin ed altri suoi allievi in modo ben degno del loro maestro.

Sopratutto ampiamente trattati sono i vizî di bacino, illustrati da copiose figure quasi tutte nuove ed originali. Di essi è seguita una classificazione eziologica, e per ciascun tipo di bacino è delineata partitamente, oltrechè la genesi e la morfologia, la condotta a tenersi durante il parto. Nelle indicazioni delle operazioni ostetriche per vizî pelvici è dato un largo campo alla sinfisiotomia pur non seguendo le esagerate conclusioni di Pinard: troviamo, in opposizione a queste spinte le indicazioni del parto prematuro provocato fino a 7-6 cm. di CV., ed anche a 6-5 cm. associandolo alla sinfisiotomia.

Nella cura della placenta previa vien limitata la rottura delle membrane alla varietà marginale, non si consiglia lo scollamento della placenta, si raccomanda il rivolgimento alla Braxton-Hichs e l'uso dei *colpeurynter,* e si dànno ampie norme così pel trattamento locale, come pel trattamento generale.

Notevole è il capitolo dell'eclampsia redatto da P. Bar. Esposte tutte le teorie antiche e recenti messe in campo per spiegare la genesi di questa malattia, l'A., sebbene propenda ad ammettere un'origine auto-tossica, non manca di vagliare con rigorosa critica le esperienze che si vorrebbero ritenere assolutamente dimostrative a questo riguardo.

Nè lo svolgimento di questo nè degli altri argomenti concernenti la distocia materna eccedono i limiti imposti da un trattato, pur non lasciando lacune, e pur concedendo una larga parte alla recente letteratura.

Non può certo mancare a questo terzo volume del trattato di Tarnier e di Budin la fortuna che arrise al volume « Pathologie de la grossesse. »

TRIDONDANI.

NOTIZIE

Società italiana di ostetricia e ginecologia. — La sua riunione in Torino verrà anticipata al 3 Ottobre.

Onoranze ad ostetrici italiani. — Ci compiacciamo di annunciare che il prof. Ottavio Morisani venne nominato dottore in diritto, a titolo di onore, della Università di Edimburgo.

NECROLOGIO

Prof. ROSARIO PUGLIATTI.

Il 28 Giugno testè scorso, a soli 45 anni di età, spegnevasi in Messina il dottore Rosario Pugliatti, professore di ostetricia in quella Università. Benchè lo si sapesse da tempo ammalato, pure improvvisa, inaspettata ne giunse la notizia della sua morte, che toglie alla ostetricia italiana uno dei suoi valenti cultori.

Nato il 23 Settembre 1853 in Savoca (Messina), si laureò in medicina e chirurgia nel 1877 ed entrò prima come sotto-tenente, poi come tenente-medico nell'esercito. Destinato a Napoli, frequentando assiduamente la Scuola del professore Morisani, fu ben tosto meritamente apprezzato da quell'illustre Maestro, che, in seguito a concorso, lo nominava proprio assistente per l'anno 1878-79. Di poi passò a Parigi ove ebbe agio di approfondire i suoi studii, finchè nel 1882, lasciato il servizio militare, ottenne la libera docenza presso l'Università di Napoli.

Per quattro anni, dal 1882 al 1886, tenne per incarico l'insegnamento di ostetricia e Clinica ostetrica nella R. Università di Messina, finchè nel 1887 in seguito a concorso passò come professore e direttore nella R. Scuola di ostetricia in Novara. Nel 1889 per concorso fu nominato professore ordinario di ostetricia a Cagliari, e nel Gennaio 1890 passò all'Università di Messina, ove insegnò fino ai suoi ultimi giorni. Disgraziati furono questi ultimi anni, in cui fu colpito dalla grave malattia che gli tolse la vista e che più tardi lo rapì all'affetto dei suoi ed alla ostetricia italiana.

Dotato di vivace ingegno e di fine perspicacia, pubblicò numerosi lavori fra i quali sono in particolar modo pregevoli quelli sull'azione comprimente del forcipe, sull'applicazione di forcipe sulle natiche, sul cefalo-ematoma.

Diamo qui la nota dei suoi lavori:

1. « Un caso di parto bigemino non simultaneo. Considerazioni cliniche. » Roma, 1881.
2. « Espulsione ed estrazione della testa fetale dopo la craniotomia. Studii ed esperienze. » Napoli, 1882.
3. « Un caso di cefalo-ematoma doppio. Etiologia sopra saggio clinico-sperimentale. » *Giornale di clinica e terapia*. Messina, 1884.
4. « Nota preventiva sopra un nuovo metodo di applicazione di forcipe sulle natiche. » Lettera aperta al prof. cav. O. Morisani. *Giornale di clinica e terapia*, Messina, 1884.
5. « Uno sguardo rapidissimo sulla Clinica ostetrica di Messina nel biennio scolastico 1882-83 e 1883-84. Alcune considerazioni e ricerche. » *Giornale di clinica e terapia*, Messina, 1884.
6. « Sull'allacciatura del funicolo ombellicale. Una prima nota clinico-sperimentale. » Messina, 1884.
7. « Il basiotribo di Tarnier. Nota clinica-sperimentale. » *Giornale internazionale delle scienze mediche*, anno VII, Napoli, 1885.
8. « Compressione e trazione del forcipe Tarnier allo stretto superiore. Studio storico-critico-sperimentale. » Messina, 1885.
9. « Una pagina di ostetricia poco meditata. » Messina, 1886.
10. « La inoculazione vaccinica nelle gestanti. Studii e ricerche. » Messina, 1886.
11. « Alcune cifre di ostetricia e ginecologia, comprese due laparotomie seguite da guarigione. » Messina, 1886.
12. « Contributo alla etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti. Notizie storiche e considerazioni cliniche. » *Morgagni*, Milano, 1889.

13. « Brevi notizie sulla Clinica ostetrica di Novara negli anni scolastici 1887-88 e 1888-89. » Messina, 1889.
14. « Una operazione cesarea seguita da amputazione utero-ovarica (metodo Porro) madre e figlio salvi. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, Settembre 1891.
15. « Alcuni casi di ostetricia e ginecologia. Rendiconto sommario dell'Istituto ostetrico-ginecologico di Messina, anni scolastici 1884-85 e 1885-86; 1889-90 e 1890-91. » Messina, 1892.
16. « Sul raschiamento uterino. Osservazioni cliniche e considerazioni. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, Marzo 1893.
17. « Rendiconto degli anni scolastici 1891-92 e 1892-93. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, Dicembre 1893.

Prof. T. HALBERTSMA.

Il 29 Aprile testè scorso, in seguito a colpo apoplettico che lo colpiva al tavolo di lavoro, moriva in Utrecht il prof. Halbertsma. Dotato di forte ingegno e di facile parola, si era acquistato gran fama nell'insegnamento dell'ostetricia e della ginecologia alla Università di Utrecht. Nato in Snees il 15 Luglio 1841, studiò medicina e chirurgia a Leyden, a Vienna, a Parigi, e fu assistente del prof. Simon Thomas; nel 1866 fu nominato professore di ostetricia a Groningen e l'anno medesimo fu chiamato ad Utrecht a succedere a Gusserow nella cattedra di ostetricia e ginecologia.

Sottile nel diagnosticare ed abilissimo nell'operare, egli si era acquistato fama europea principalmente per i suoi studii sulla eziologia e sulla terapia dell'eclampsia puerperale. L'intervento col taglio cesareo, nei casi gravissimi di questa singolare forma morbosa, da lui strenuamente propugnato, ha segnato un importante progresso nella terapia ostetrica.

Numerose sono le pubblicazioni del prof. Halbertsma; lasciando le prolusioni e le conferenze ed alcuni scritti lasciati incompleti, questi sono i principali suoi lavori:

1. « Sulla retroversione dell'utero gravido. »
2. « Atresia vaginale con ritenzione dei menstrui. »
3. « Sulle febbri nelle lattanti. »
4. « Di una profilassi contro la febbre puerperale. »
5. « Trattamento della testa posteriore al tronco in occipito-sacrale. »
6. « L'etiologia dell'eclampsia. »
7. « Di un uncino perforatore. »
8. « Sull'ovariotomia. »
9. « Sulla craniotomia. »
10. « Il collo uterino e la portio vaginalis nella gravidanza. »
11. « I rumori respiratorii vescicolari. »
12. « Ristrettezze del bacino. »
13. « La diagnosi di sede della placenta a mezzo di punture di prova. »
14. « L'etiologia dell'eclampsia puerperale. »
15. « Sulla ovariotomia complicata. »
16. « Sul trattamento attivo dell'eclampsia delle gravide. »
17. « Sulla perineo-plastica senza estensione alla vagina. »
18. « Sul trattamento operativo del prolasso dell'utero e della vagina. »
19. « Contributo al trattamento ostetrico dell'eclampsia nelle gravide e nelle partorienti. »

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Settembre 1898. Num. 9.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
18 OCT 98
LIBRARY

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Parma

diretto dal Prof. E. Truzzi

PROFILASSI DELL' ECLAMPSIA PUERPERALE

secondo le moderne vedute intorno alla sua patogenesi (1)

PEL

Dott. C. MERLETTI

Aiuto.

Delle molteplici teorie, escogitate a spiegazione della patogenesi dell'eclampsia puerperale, non una seppe, finora, raccogliere la universale approvazione. Anche fra le più accreditate, alcune si dimostrano troppo unilaterali ed altre si appoggiano a fatti più intuiti, che dimostrati: tutte offrono, più o meno largo, il fianco alla critica. Non è men vero, però, che a nessuna di esse, forse, manca il conforto di qualche fatto ben accertato: da ciò le difficoltà di formulare una dottrina eclettica del questionato problema.

Per questo, finora, non fu tentata la sintesi di tutte le conoscenze fin qui possedute in argomento e si preferì abbandonarsi al culto di una teoria esclusivista eretta, prevalentemente, ora sulle note anatomiche, ora sull'immagine clinica della malattia. Tale fu la via battuta dai chiarissimi relatori ai Congressi di Bonn (1891), di Bruxelles (1892), di Roma (1894) e di Ginevra (1896).

Reca, pertanto, meraviglia che in mezzo al succedersi di vedute etiologiche svariate e, spesso, contradditorie, la terapia abbia potuto raccogliere qualche buon frutto, essendo innegabile che il terribile morbo, dagli antichi considerato come una « *janua mortis* » è, oggi,

(1) Questo lavoro fu presentato al 12.° Concorso « C. Speranza » e premiato dalla Facoltà medico-chirurgica della R. Università di Parma, in sua seduta 18 Maggio 1898.

entrato nel novero di quelli, che l'arte salutare può, spesso, vincere. La ragione di ciò sta nel fatto — convenientemente rilevato dal Mangiagalli (1) — che « sebbene la terapia dell'eclampside abbia rispecchiato le idee dominanti sulla sua genesi, tuttavia essa non se ne è lasciata guidare di tanto, che l'osservazione clinica sia stata soprafatta e ne siano sorti sistemi terapeutici assoluti ed unilaterali. » Ed assurgendo dal particolare al generale, lo stesso autore giustamente nota che « quand'anche non ci siano svelate, ancora, le cause e l'intima essenza di una malattia, lo studio obbietttivo dei risultati terapeutici per sè e quali sono rilevati da una osservazione imparziale indipendentemente da ogni preconcezione teoretica, può condurci a conclusioni, che abbiano la sanzione della pratica. »

Ma, se è vero che la *medicina curativa* possa compiere i suoi progressi anche indipendentemente dalla conoscenza della patogenesi, non può altrettanto ripetersi per la *medicina profilattica*. La profilassi, dovendo esplicarsi nel silenzio dei sintomi, non gode del prezioso indirizzo da questi fornito, nè può usufruire del criterio « *a juvantibus* » che è pure di altissimo valore pratico. La storia della medicina sta a dimostrarci che i capitoli della profilassi delle varie malattie furono gli ultimi segnati ed allora, appunto, che erano stati dilucidati i momenti etiologici e chiarite le patogenesi.

Sicchè, si impone, per primo, il quesito se, nel periodo storico di incertezze attualmente attraversato dalle nostre conoscenze sulla genesi dell'accesso eclampsico, sia possibile istituirne una razionale profilassi. La risposta, a priori, dovrebbe essere negativa, nè manca chi si sia espresso in questo senso. Il disaccordo, invero, che regna nella interpretazione delle cause predisponenti e determinanti l'eclampsia, non può che condurre ad indicazioni igieniche, o curative, molteplici, fors'anche contradditorie e, quindi, inapplicabili. Se una profilassi, ad ogni modo, si volesse stabilire, essa dovrebbe essere informata ad una unica dottrina etiologica ed allora, al pari di questa, potrebbe applicarsi forse nella maggioranza, ma non nella totalità dei casi. Qualunque fosse la scelta del nostro piano di cura preservativa, noi saremmo esposti a fallire ed anche a nuocere, in tutta una serie, più o meno grande,

---

(1) Mangiagalli. « Sulla cura dell'eclampside. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, N. 9, 1896.

di casi: dico nuocere, ricordando, con Arnaldo Cantani (1) che « solo corrispondendo con studio scrupoloso e rigore massimo alle indicazioni precise del caso, i rimedii possono riuscire utili all'infermo; senza indicazioni ben determinate, non solo possono, ma, sovente, devono riuscire nocivi. »

Se, dunque, una profilassi coscienziosa deve essere illuminata da un'esatta conoscenza dell'intima natura della malattia, cui osta, essa — nel caso nostro — non potrà che essere eretta sulla base di un concetto chiaro ed unico dell'essenza di quella figura morbosa, clinicamente tipica, anatomicamente proteiforme, che è l'eclampsia puerperale. Raccogliere gli sparsi anelli di *tutte* le conoscenze ben accertate in argomento ed unirli in una catena *unica* di fatti conseguenti, capace di sostenere il quadro clinico e anatomo-patologico dell'accesso eclampsico, ecco quanto devesi, per primo, ottenere, da chi studia i mezzi per impedirne la insorgenza.

***

Dopo i numerosi e diligenti lavori di analisi già compiuti in argomento, sarebbe inopportuno ridiscendere, qui, ad una minuta disamina dei concetti etiologici successivamente dominanti intorno alla forma morbosa, che ci occupa. Io mi richiamo, in proposito, alla recente relazione del prof. Tibone (2), dove espone una minuta critica delle varie dottrine etiologiche fino allora emesse ed accetta, come la più plausibile, la teoria renale, pur non nascondendosi, nella sua metacritica, che tale concetto dottrinale poteva abbracciare la maggior parte, *non tutti* i casi di eclampsia.

Senonchè, gli studii ulteriori, in quest'ultimo triennio, se, da una parte, portarono la conferma di nuovi fatti demolitori di quasi tutte le rifiutate teorie, andarono, d'altra parte, scoprendo nuovi orizzonti alle vedute etiologiche dell'eclampsia puerperale. È di questi studii che io intendo, precipuamente, occuparmi.

Volendo riassumere la storia del concetto patogenetico dell'accesso eclampsico, si potrebbe dire che pressochè tutti i sistemi funzionali

---

(1) A. Cantani. « Materia medica e propedeutica. » Introduzione.

(2) D. Tibone. « Sulla etiologia dell'eclampside. » Relazione all'XI Congresso di Medicina. Roma, 1894.

dell'organismo muliebre furono luogo di tappa nella sua marcia evolutiva e che tutti furono, volta volta, abbandonati, essendosi palesati insufficienti alle esigenze della clinica e dell'istio-patologia. Nel momento storico attuale prevale un giudizioso ecletticismo nella valutazione dell'influenza che le lesioni viscerali, dapprima credute cause esclusive, esercitano nella genesi dell'insulto convulsivo. In altre parole: la patogenesi ha lasciato gli angusti confini di un organo, o di un apparato funzionante ed ha abbracciato tutto il metabolismo organico.

Non mancano, però, ancora, fautori delle dottrine di patogenesi localizzate, sicchè non possono essere taciuti gli argomenti, che militano contro di queste, prima di scendere alla disamina delle nuove conquiste scientifiche, sulle quali si è eretto il moderno concetto etiologico.

1) Era naturale che l'attenzione dei primi osservatori fosse rivolta al sistema nervoso, da una malattia, quale l'eclampside, di cui il sintomo predominante è la convulsione. Sorsero così le *teorie nervose* riportanti tale turba ad una alterazione materiale dei centri nervosi e dei loro involucri, o ad una nevrosi essenziale, oppure riflessa, d'origine, specialmente uterina. Ricordo la congestione del cervello (voluta caratteristica da Broussais), lo stato suo irritativo (Timermans), l'ischemia con edema (Traube), l'origine riflessa sostenuta da Depaul (1871), Jaccond (1874), Silvestrini (1876), Voltz (1881), Pinzani (1886) e Parcker (1892). Guéniot (1893), pur ammettendo la teoria autotossica, concede importanza grande ad una eventuale ipereccitabilità del sistema nervoso: v. Herff (1892) va più lontano, ammettendo nella gravida uno stato peculiare « eclamptogeno, » per cui anche leggieri stimoli periferici riescono capaci di provocare lo scoppio della scarica convulsiva.

Nomi tanto autorevoli nel campo clinico mantennero, per lungo tempo trionfante il concetto dell'origine nervosa; ma l'interpretazione clinica venne corretta dalle ricerche anatomo-patologiche, le quali dimostrarono che, nell'eclampsia, le lesioni del sistema nervoso, variano, si può dire, all'infinito (iperemia od anemia cerebrale, idrope ventricolare, edema del cervello o delle meningi), nè presentano alcuna caratteristica, che le differenzii dalle alterazioni osservate in altre forme morbose.

Ultimamente Jagodinsky (1) trovò, tanto nella corteccia cerebrale, quanto nei gangli centrali, delle cellule nervose in fase degenerativa, giungente, talora, fino alla necrosi, stravasi emorragici, moltiplicazione delle cellule della nevroglia e diapedesi di globuli bianchi. Queste lesioni, che potrebbero, a prima giunta, credersi tipiche della forma morbosa che ci occupa, trovano, in realtà, un raffronto tanto intimo coi fatti necrotici ed emorragici riscontrati negli altri organi delle eclampsiche (fegato, reni, ecc.), da doversi riconoscere che esse — al pari dei sintomi nervosi conseguenti — siano effetto di quelle cause comuni e generali, che alterazioni analoghe inducono negli organi lontani.

Non v'ha dubbio che la scarica convulsiva parta dal sistema nervoso centrale e, precisamente, abbia origine corticale; ma l'eccitazione della corteccia cerebrale va ritenuta « *secondaria* » e determinata dalle sostanze tossiche « *convulsivanti* » che percorrono il circolo.

2) La teoria più danneggiata dai recentissimi portati della scienza fu la *microbica*. Essa, sorta per opera di Delore e di Doléris, trovò per principali sostenitori, Blanc, Favre, Gerdes e Kaltenbach. Ma, coll'accentuarsi della giusta reazione, da qualche anno iniziata contro il fanatismo per eziologie parassitarie, che aveva invaso molti campi della patologia, anche i fautori della teoria microbica andarono continuamente scemando e di essi, nell'ultimo triennio, solo Favre sta a difendere la breccia aperta dai lavori di Hofmeister, Hägler, Schmorl, e, specialmente, di Döderlein (2) e Chambrelent (3).

La molteplicità delle forme bacteriche affermate patogene *(micrococcus eclampsiae* di Favre — *bacillus eclampsiae* di Gerdes — *staphyloc. pyog. aur. et albus* di Combemale e Bué) e subito contestate come accidentali *(stafiloc. piog.)*, od identificate come banali *(proteus vulgaris, bac. coli com.)* toglie pressochè ogni credito alla dottrina parassitaria dell'eclampsia.

Aggiungansi i numerosi reperti negativi, che osservatori autorevolissimi vanno ogni giorno registrando, dalle colture di sangue di

---

(1) Jagodinsky. *Vratch*, 9 Marzo 1895: riportato da Cheinisse. *Semaine Médicale*, N. 31, 4 Giugno 1898.

(2) Döderlein. *Centralb. f. Gynäk.*, N. 2, 1893.

(3) Chambrelent. « Etude critique et expérimentale sur l'origine microbienne de l'éclampsie. » Sed. 6 Aprile 1893 della Société Obst. de France.

eclampside, nei varii mezzi nutritivi: cito, soltanto, per brevità, i risultati di Herrgott (negativi in 9 casi), Haegler (negativi in 6 colture), di Beer (1 caso) e Chambrelent (che in un numero considerevole di osservazioni ebbe, due volte soltanto, esito positivo; ma, in un caso, riconobbe trattarsi di un bacterio saprofita e, nell' altro, di un diplococco pure banale).

Reperti tanto contestati e, tanto spesso, negativi, autorizzano ad affermare che la teoria microbica, inspirata da analogie di insorgenza e di decorso dell'eclampsia con alcune malattie riconosciute infettive, non ha trovato il conforto dei fatti; l'ammettono insufficiente Herrgott ed E. F. Fabbri accettando per tutta una serie di casi, la dottrina autotossica, e la proclama erronea -- dopo esserne stato primo e caldo fautore — il Doléris, disertando dalle sue file e passando alla teoria tossicoemica.

3) Una teoria destinata a raccogliere le simpatie degli studiosi perchè si fonda sopra l'osservazione anatomo-patologica e tiene largo conto della presenza dell'ovulo in via di sviluppo, che si intuisce dovere giuocare la sua parte nella insorgenza di una forma morbosa retaggio della gravidanza, è quella ideata dallo Schmorl (1), comunemente nota sotto il nome di *t. embolica,* ma che, meglio, si direbbe *t. placentare.* Per Schmorl si avrebbe il seguente ciclo di fatti: alterazione strutturale della placenta, distacco e migrazione di elementi placentali, dalla disgregazione ulteriore dei quali risulterebbe la coagulazione del sangue in grembo ai parenchimi e, quindi, trombi, fatti emorragici ed emboli secondarii. In favore di questa ipotesi sembrano disporre alcuni fatti sperimentali dimostranti che la scomposizione di elementi cellulari dà luogo ad una sostanza coagulante e Schmorl stesso, iniettando nel circolo di un coniglio una emulsione di placenta produsse trombosi estese. Altri, scostandosi un po' dal primitivo concetto di Schmorl, inclinano ad ammettere che la sostanza coagulante, più che dagli elementi placentari, sia rappresentata dai prodotti di scambi anormali dovuti all' alterazione della placenta e che penetrano in circolo cogli elementi delle villosità coriali.

Alle idee dello Schmorl non mancarono obbiezioni, le quali sono

---

(1) Schmorl. « Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Puerperal-Eklampsie. » Leipzig, 1893.

così riassunte dallo Cheinisse, che, pure, se ne dimostra, in parte, fautore (1): « Perchè le conclusioni sue abbiano fondamento assoluto, le lesioni ch' egli ha descritto dovrebbero essere una particolarità esclusiva dell' eclampsia; mentre che, per quanto riguarda la presenza di cellule placentari nel polmone, Schmorl stesso, avendo esaminato i polmoni di quattro donne eclampsiche morte poco dopo il travaglio, non ha potuto trovare le cellule in questione. Ed Acconci (2) per mezzo d'iniezioni ipodermiche di soluzione di carbonato d'ammoniaca, in coniglie gravide e prossime al parto, provocò accessi convulsivi mortali, simili a quelli dell' eclampsia e trovò nel sangue del cuore destro e nelle arterie polmonari degli elementi pressochè costanti, che egli considera di provenienza dalla placenta. Questi fatti permetterebbero di supporre che la migrazione degli elementi placentari sia secondaria agli accessi convulsivi. Acconci riconosce, per altro, che le sue esperienze non sono tanto numerose da permettergli delle conclusioni assolute e si domanda fino a qual punto siano applicabili all' organismo della gravida delle esperienze praticate sugli animali. Ma non è a negarsi che le conclusioni di Schmorl incontrano altre obbiezioni d' ordine anatomo-clinico: difatti, Lubarsch (3), Aschoff (4) e, più recentemente, Kier (5) hanno constatata la presenza di cellule giganti placentari, nei capillari polmonari, fuori dell'eclampsia (benchè in numero minore), e secondo Kassianow (6) il passaggio di questi elementi nel torrente circolatorio può essere considerato come un fenomeno puramente fisiologico. »

Ma anche ammettendo che il principio coagulante immesso nel circolo materno non derivi dalle cellule placentari, ma sia un prodotto derivato da scambii anormali verificantisi in grembo alla placenta alterata, la patogenesi dell' eclampsia non resta ben chiarita in tutti i suoi particolari (7).

---

(1) Cheinisse. « Théories pathogéniques de l'éclampsie » *Semaine Médicale*, N. 31, 1898.

(2) Acconci. « Sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale. » *Clinica moderna*, 1895, N. 1.

(3) Lubarsch. « Zur Lehre von der Parenchymzellembolie. » *Jortsch. der Medic.*, Ott. 1893.

(4) Aschoff. « Ueb. capil. Embolie v. riesenkernhaltigen Zellen. » *Arch. f. path. An. u. Phis.*, Bd. CXXXIV, Hef. 1.

(5) Kier. *Mitteil aus den Hamburg.* Staatskrankenaustalten, I, 3, pag. 363.

(6) Kassianow. « Contrib. à la question des embolies pulm., etc. » *Vratch*, 3 Ott. 1896.

(7) Vedi in proposito il pregevole lavoro di Pestalozza « Sul moderno concetto e sulla cura dell' eclampsia puerperale. » *Lo sperimentale*, Dicembre 1896 e Gennaio 1897.

Per quanto razionale, un tale modo di vedere non esce dal puro campo ipotetico, non essendo finora dimostrata, alcuna sostanza, d'origine placentare a contegno coagulante: non è certo molto probativa l'esperienza dell'avere ottenuto trombi mercè iniezioni di succo placentare, potendosi arrivare, facilmente, allo stesso risultato con emulsioni di altri organi e con diversi liquidi di secrezione organica.

Aggiungasi che le alterazioni placentari descritte da Wiedow e Schmorl e ritenute causa degli alterati scambi ammessi (necrosi, emorragie, infarti bianchi, spesso rammollimento e desquammazione dell'epitelio di rivestimento dei villi), furono anche riscontrate fuori dell'eclampsia. Per contro, talora, mancano nella stessa, ed in un recente lavoro di Lubarsch (1) trovo che, nelle numerose e diligenti sezioni di placente di eclampsiche, non mancano casi, in cui era dimostrabile, soltanto, qualche punto di degenerazione calcarea dei villi, o qualche piccolo fatto emorragico. Nè ciò sorprende: i caratteri anatomici della placenta eclampsica sono pressochè gli stessi che nella placenta albuminurica e, quindi, parteciperanno del carattere aleatorio che, pure l'albuminuria, dimostra nell'eclampsia.

Non è neppure a tacersi non essere indiscutibilmente provato che le trombosi vasali rappresentino il fatto iniziale e le necrosi parenchimali siano ad esse secondarie: lo Schmorl fu portato a crederlo osservando che i trombi venosi e capillari si trovano in vicinanza dei focolai di necrosi, ma non in grembo a quest'ultimi. Questa interpretazione non sembra confermata dalle ulteriori e più estese ricerche anatomopatologiche, le quali hanno permesso — *ad es* — al Lubarsch, di distinguere tre tipi di lesioni epatiche, possibili a trovarsi al tavolo anatomico, dei quali, un primo non sarebbe rappresentato che da fatti di stasi, lieve degenerazione grassa e necrosi parenchimatose, in un secondo si aggiungerebbero alle necrosi, delle emorragie, e solo in un terzo apparirebbero estese ostruzioni vasali.

Ancora più espliciti, Vaquez e Nobécourt (2) mettono i fatti emorragici, che si osservano nelle eclampsiche, in dipendenza del considevole aumento della pressione arteriosa, da essi rilevato durante gli accessi convulsivi. Questa interpretazione sembra comprovata dai casi

---

(1) Lubarsch ed Ostertag. « Ergebniffe der allgemeinen Aetiologie, » 1896.

(2) Vaquez e Nobécourt. *Gazet. hebdom. de med. et chir.*, N. 10, 1897.

in cui eclampsiche non presentano, al tavolo anatomico, nessuna delle lesioni trombotiche ed emorragiche abituali nei parenchimi [Vinay (1)]; tale assenza dimostra che esse non sono necessarie all'insorgenza della convulsione.

Nè, ultimo, forse degli argomenti, che contrastano alla patogenesi placentare è il frequente iniziare dell'eclampsia in puerperio (14 0[0 dei casi secondo Olshausen, 26. 7 0[0 secondo Schauta), talora inoltrato di parecchie settimane,

Colle scarse conoscenze finora possedute sulla fisiopatologia del ricambio fetale, è difficile decidere quanta parte esso possa giuocare nella patogenesi della forma morbosa, che ci occupa; a mia veduta, però, essa dovrebbe essere assai limitata, prevalendo, senza confronto, i processi di assimilazione da parte dei tessuti fetali, su quelli di disassimilazione. Ne risulta che minima dovrà essere l'eminazione di prodotti regressivi, capaci di inquinare il circolo materno. Se v'è un contributo fetale all'intossicazione materna, parmi, che non debba mai rendersi tanto grande, da spiegare, da solo, turbe tanto profonde quali quelle che s'osservano nell'eclampsia. Negli animali inferiori, nei quali, per la frequente e numerosa multiparità, i tessuti fetali, superano enormemente, rispetto alla donna, i tessuti materni nella loro massa, l'eclampsia, nulla meno, non si osserva: la ragione sta forse in parte nella circostanza che in essi, l'organismo della madre, per le condizioni della vita bruta, non incontra mai quelle numerose cause di intossicazione, a cui, invece, va soggetto nella specie umana.

4) Le estese, profonde alterazioni che, di solito, si riscontrano, al tavolo anatomico, nel fegato delle eclampsiche, dovevano richiamare l'attenzione su quest'organo, tanto da lasciar credere che esso tenesse un posto eminente nella genesi dell'eclampsia. Si venne così, costituendo, sulla base dei lavori di Jürgens (1886), Virchow (1886), specialmente di Bouffe de Saint-Blaise (1891) e di Pilliet (1888-89-90) la *teoria epatica*. « A l'autopsie » dice Bouffe « au lieu de lésions nerveuses, comme pouvaient le faire croire les convulsions, au lieu de lésions rénales profondes comme paraissait le démontrer cette albuminurie presque fatale, on trouve une altération constante du foie. » E, per lo stesso autore, i materiali alteranti la struttura della glandola,

(1) Vinay, cit. da Tibone e suo « Trattato delle malattie della gravidanza. » Parigi, 1894,

avrebbero origine intestinale. Senonchè, coll'estendersi delle osservazioni si riconobbe che lesioni analoghe si riscontrano in pressochè tutti i visceri dell'organismo: fatto questo, che troppo chiaramente parla per una genesi, non localizzata, come Bouffe, Lusk ed altri vorrebbero, ma lontana, generale.

Aggiungasi che le lesioni epatiche (trombi, necrosi, emorragie) non sempre sono tutte presenti, nè nell'istesso grado. Lubarsch, anzi, in base alla presenza ed associazione delle stesse, potè precisarne tre tipi, di cui mi interessa riportarne, fin d'ora, la figura:

1.° tipo: macroscopicamente non è rilevabile alcuna alterazione, all'infuori della stasi e di una debole degenerazione grassa; il microscopio dimostra lievi necrosi parenchimatose;

2.° tipo: macroscopicamente, alla superficie e sui tagli in profondità appaiono strie rosse in mezzo a punti gialli; microscopicamente, le necrosi sono più accentuate, che nel caso precedente e si aggiungono emorragie;

3.° tipo: macro e microscopicamente, si notano veri infarti emorragici ed anemici, cuneiformi e fogliformi, bianco-giallastri, con alone rosso, dati da ostruzioni vasali in tutte le sezioni del sistema vasale epatico.

In tutti tre i tipi è dimostrabile una migrazione di cellule bianche interlobulare; essa, però, non è mai molto copiosa, sicchè va ritenuta secondaria ai focolai necrotici ed emorragici e non espressione di una infiammazione primitiva della glandola. Raramente, si osserva degenerazione grassa con atrofia, tanto avanzate, da simulare una vera atrofia giallo-acuta: in questi casi, — studiati da Stumpf, Klebs e, recentemente, da Schildknecht (1) — pare che nella genesi della degenerazione grassa non sia rimasta estranea una protratta cloronarcosi (Lubarsch).

Nè basta: chè, anche quando i fatti degenerativi e distruttivi siano presenti nella loro più alta intensità, tanto da giustificare la credenza che, per essi, sia derivata, l'insufficienza funzionale, dell'emuntorio epatico, resta sempre il dubbio che essi, *almeno in parte,* possano essere secondarii all'imponente perturbamento del circolo e dell'inner-

---

(1) Schildknecht. « Un caso di eclampsia complicato ad atrofia giallo-acuta del fegato. » Dissert, Zürich, 1895.

vazione, proprio degli accessi convulsivi. Questo dubbio, già avanzato da Tibone nella citata sua relazione, è posto come affermazione da Vaquez e Nobécourt, ed in questo istesso senso depongono i risultati di alcune esperienze istituite sugli animali e che verrò esponendo nel corso di questo lavoro.

5) Ed eccoci alla *teoria renale,* la quale tenne l'egemonia, si può dire, fino a ieri, perchè una seria concorrenza non le fu mossa che dalla teoria autotossica, che è portato di studii recentissimi. Non si afferma, con ciò, che le lesioni del rene, in gravidanza, abbiano perduto ogni importanza nell'etiologia della eclampside, ma, soltanto, che esse, nella gerarchia delle cause, scesero a posto più modesto, di quello che i sostenitori della teoria renale avevano loro assegnato. Voglio dire che l'insufficienza del filtro renale, per sua alterazione anatomica, fu riconosciuta essere, non una condizione necessaria, ma, spesso, essa stessa effetto di cause complesse e lontane, capaci, già da sole, di provocare l'accesso eclampsico.

Si è cominciato coll'obbiettare che stati patologici anche gravi, del rene, possono permettere che la gravidanza raggiunga le sue ultime fasi, senza che insorgano fatti convulsivi. Lecorche (1), Herman (2), Studer (3), Puech (4), hanno potuto accertare casi di questo genere, ed, in base ad essi, affermano che l'ostetrico — esistendo una nefrite anche grave in gravidanza — non è autorizzato alla provocazione del parto, perchè l'eclampsia non ne è ineluttabile conseguenza.

Analogamente, si videro decorrere nel silenzio d'ogni sofferenza, gravidanze, anche ripetute, in donne, nelle quali la funzione renale era stata minorata dall'opera demolitrice del chirurgo, e di gravidanze normali, dopo nefrectomia, parlano Fritsch, Israel, Schramm e Tridondani (5).

Ma, opposizione più seria che della ossservazione clinica, fu mossa alla teoria renale dall'isto-patologia. Anche qui, Lubarsch, per non citare che il più recente degli scrittori d'anatomia patologica dell'eclampside, distingue, come già vedemmo pel fegato, tre tipi di lesione del rene.

---

(1) Lecorche. *Med. âge,* Paris, N. 20, 1889.

(2) Herman. *Americ. journ. of the med. scienc.,* Novembre 1891, pag. 485.

(3) Studer. Inaugural Dissertation, Basel, 1891.

(4) Puech. *Nouvel. archiv. d'obstétr. et gynéc.,* Marzo 1894.

(5) Tridondani. *Annali d'ostetricia e ginecologia,* Luglio 1896.

In un *1.° tipo* il rene appare pallido ed il microscopio trova l'epitelio dei canicoli contorti in preda a degenerazione grassa, od a necrosi da coagulazione; nei glomeruli, embolie grassose, o degenerazione grassa; nei vasi, trombi jalini e trombi di piastrine, ma, in nessun punto, traccia di fatti infiammatorii.

In un *2.° tipo,* già ad occhio nudo, si vedono emorragie alla superficie e, microscopicamente, estese necrosi da coagulazione degli epitelii, ostruzioni vasali, come nel tipo precedente, e, qui pure, assenza di fatti infiammatorii.

In un *3.° tipo,* scorgonsi infarti anemici e, nei loro dintorni, focolai flogistici; le necrosi ed emorragie sono diffuse a tutto il rene e, talora, i focolai infiammatorii sono diffusi come in una nefrite emorragica acuta.

In base a questi reperti, Lubarsch, conclude che, nell'eclampsia, le lesioni del rene, *solo eccezionalmente,* sono di natura infiammatoria e si sottoscrive pienamente all'opinione di Schmorl e di Prutz che, *solo eccezionalmente,* esse possono spiegare l'insorgenza di un accesso convulsivo uremico. Io pure conservo preparati di rene d'eclampsica, nei quali manca ogni nota di processo infiammatorio.

Nè il trovato istologico deve meravigliare, perchè anche la clinica ha ben constatato che l'albuminuria è, spesso, presente in lieve grado e, talora, manca affatto. Perron (1), Vuceino de Rodorte (2) hanno riferito casi del genere e, nel passato inverno, io pure potei accertarmi dell'assenza di ogni traccia di albumina, in una partoriente, non più di due ore prima dello scoppio dell'accesso convulsivo (N. Clotilde; Cedola N. 9998 del R. Istituto ostetrico-ginecologico di Parma). Più eloquenti, ancora, sono le grandi cifre forniteci da Charpentier (3), che cita 141 casi di eclampsia senza albuminuria, da Brummerstädt (4) la cui statistica dà solo 106 albuminuriche su 135 eclampsiche, da Schauta (5) che trovò 107 delle prime su 125 delle seconde, e da Pavpertov (6) che in 228 casi d'eclampsia rinvenne albumina in 174.

---

(1) Perron. *Lyon Méd.*, 15 Marzo 1891.

(2) Vuceino de Rodorte. *Gaz. médic. d'Oriente*, 1886.

(3) Charpentier. « Traité pratique des accouchements. » Tav. I, Paris, 1889.

(4) Brummerstaedt. « Bericht aus der Central-Hebammenlchranstalt, etc. » Rostock, 1866.

(5) Schauta. « Beitrâge zur Lehre v. d. Eklampsie. » XVIII, *Arch. f. Gynäk.*, pag. 263.

(6) Pavpertov. « Resoconto IV Congresso Società di ginecologia. » Bonn, 1891.

Nè devesi dimenticare che la grande maggioranza delle albuminurie in gravidanza non è espressione di una vera alterazione anatomica del filtro renale, ma riconosce numerose altre origini (iperemia funzionale, secondo Peter; teoria ematogena di Semmola, confermata dalle esperienze di Hoppe-Seyler e Newmann, congestione passiva secondo Frerichs, Braun e Rosenstein).

D'altra parte, in patologia generale si è andato affermando il concetto che la nefrite sia originata dal passaggio, attraverso al rene, di sostanze a comportamento tossico (Bozzolo, Rattone) e studii sperimentali hanno riconosciuto un tale comportamento a sostanze dimostrate abnormementi presenti per qualità, o quantità, nel sangue della gravida.

Ed è così, che dimostrandosi l'alterazione renale *incostante*, *spesso lieve* e sempre *secondaria*, la patogenesi dell'eclampsia dovette lasciare il malfido terreno che quella le concedeva.

6) Sorse, in tal modo, la teoria *autotossica* per cui l'insulto eclampsico trova ragione in veleni generati nell'organismo stesso della gravida, nella sua evoluzione vitale. È da poco più di un decennio che tale teoria si va affermando, eppure, si può dire senza timore di smentita, che essa ha già conquistato la grande maggioranza degli studiosi.

È interessante seguire l'evoluzione del concetto dell'auto-intossicazione applicato alla genesi dell'eclampsia, dimostrandosi come esso sia stato rimorchiato dalle nuove conoscenze, man mano acquistate nella fisio-patologia del ricambio materiale, dalla quale — son convinto — sarà pronunciata l'ultima parola sull'argomento.

Non sono molti anni che il Pajot (1) valutando le idee allora correnti sull'eclampsia puerperale, poteva affermare: « il n'y a pas de danger, ou des difficultés invincibles en obstétrique, mais l'éclampsie fait exception » e, difatti, l'unica luce era portata dai risultati di una terapeutica empirica (interruzione della gravidanza, dieta lattea, purganti), che lasciavano intravedere che, nella etiologia, il feto e l'intestino, almeno, dovevano giuocare una parte importante.

Ma, appena dopo un anno da tale affermazione, Bouchard (2) lanciava la sua teoria, la quale, e per l'autorità del preconizzatore, e pei validi argomenti, da cui era corroborata, entrava trionfalmente nella

---

(1) Pajot. *Lyon Médic.*, N. 51-52, 1885.

(2) Bouchard. « Leçons sur les auto-intoxications. » Paris, 1886-87.

scienza. — Fra i primi a sottoscriversi alla dottrina autotossica troviamo Senator e Schröder (1). — Doléris e Butte (2), avendo isolato dal sangue di eclampsiche, mediante lavatura eterea, una sostanza cristallina, tossica, convulsivante, ammettono un intossicamento leucomainico dell'organismo. — Anche Stumpf (3) crede ad un' auto-intossicazione, pur non sapendo a qual prodotto di riduzione molecolare incompleta attribuirla. — Léonard (4) riconosce l'importanza della sorgente tossica intestinale, dall'osservazione di un caso in cui al 7.° mese di gestazione si ripeterono 4 accessi eclampsici, vinti i quali, col semplice impiego della dieta lattea e dei purgativi, la gravidanza raggiunse normale il suo termine. — Bento Alcina (5) è d'opinione che l'insorgenza dell'accesso avvenga quando nell'organismo i prodotti della ossidazione organica, resa difettosa dalla gravidanza, si accumulano sull'organismo in dose tossica, per cause che ne aumentino la produzione, o ne diminuiscano la eliminazione. — Robert Jardine (6) rileva le analogie intime, che corrono fra l'eclampsia puerperale e le convulsioni dei bambini e, come per queste, così, per quella, invoca, per genesi frequente, le turbe gastro-enteriche. — Chambrelent, provando la tossicità del siero sanguigno materno e fetale, si dichiara uno dei più caldi difensori della dottrina tossicoemica. — Ferré (7), convinto dello stato tossicoemico delle eclampsiche, pratica con vantaggio e patrocina la diluizione delle tossine, mercè copiose iniezioni di soluzione sodica. — Jones (8) pensa all'eccesso in circolo di tossine, che sono diretto e naturale prodotto dei fenomeni gravidici, fisiologici e, nello stesso senso, si espreme in due lavori esperimentali, Th. van de Velde (9). — Woyer (10) in un caso di madre eclampsica, con neonato pure convulsionario, essendo negativo il reperto anatomo-patologico ed il bacteriologico, ammette, giustamente, una intossicazione

---

(1) Senator e Schröder. Soc. ostetrica di Berlino, Sed. 24 Febbraio 1886.

(2) Doléris e Butte. Société de Biologie de Paris, Sed. 13 Febbraio 1886.

(3) Stumpf. Congres. Ginec. di Monaco, Sed. 17 Giugno 1886.

(4) Léonard. *France Médic.*, 17 Gennaio 1887.

(5) Bento Alcina. Congresso Ginecol. Spagnuolo, 1888.

(6) Robert Jardine. *Brit. Méd. Journ.*, Gennaio 1891.

(7) Ferré. *Nouvel. Archiv. d'Obstétr. et de Gyn.*, N. 9, 1894.

(8) Jones. *Méd. Record.*, 25 Aprile 1896

(9) Th. van de Velde. *Wien. Klin. Rundsch*, N. 50, 1896. — *Centralb. f. Gyn.*, N. 29, 1897.

(10) Woyer. *Centralb. f. Gynäk.*, N. 13, 1895.

acutissima, per un veleno chimico derivato da anomalie del ricambio nell'uno, od in entrambi, gli organismi. Al Congresso ginecologico, tenutosi lo scorso anno a Ginevra, Charles, Charpentier, Tarnier, Pamard, Audebert, Chaleix parlano in favore della teoria auto-tossica e Fochier vuole precisata la patogenesi in un riassorbimento dei prodotti della digestione stomacale. — Massén (1), in una serie di importanti lavori, iniziati nel 1892, seguito poi da Ludwig e Savor (2) — dimostra il contegno tossico, convulsivante, dei prodotti intermediarii dell'ossidazione delle sostanze azotate, e concede — contrariamente a Queirolo — al fegato, la capacità di depuratore fisiologico, affermando che la causa prima dell'eclampsia è il difetto d'ossidazione organica, indotto dalla gravidanza. — Geyl (3) riconosce l'alto valore patogenetico dei disturbi dell'orinazione e della defecazione, consueti in gravidanza. — Kollmann (4) incolpa i prodotti regressivi, tossici del ricambio materiale materno e fetale.

In Italia, pure, predomina il concetto dell'auto-intossicazione, per quanto non si concordi nel giudizio delle sorgenti prime della medesima. In pagine passate, già ebbi occasione di ricordare le vedute di E. F. Fabbri, di Tibone, di Pinzani e di Acconci. Mangiagalli (5) riconosce che la migliore terapia sarebbe la preventiva, rimuovendo quelle condizioni, che sono, probabilmente, l'espressione dell'auto-intossicazione gravidica. Inverardi (6) benchè ritenga che l'organismo fetale sia la fonte prima dell'intossicazione, pure, vorrebbe portata maggiore attenzione al fegato ed all'intestino; anzi, non esita a riferire gli ottimi risultati terapeutici, da lui ottenuti, alla desinfezione pronta ed energica del tratto intestinale, che, da qualche anno, va praticando. Pestalozza (7) ripone la causa dell'accesso convulsivo nell'insufficienza funzionale, specialmente degli emuntorii, preparata dalla loro resistenza

---

(1) Massén. « Intermediäre Stoffwechselproducte, etc. » *Centr. f. Gyn.*, 19 Ottobre 1895 e *Journ. medicinskoi, chimici i pharm.*, N. 13. 1896.

(2) Ludwig e Savor. « Experim. Studien zur Pathogenese der Eklampsie. » *Monatsschr. fur Geb. u. Gyn.*, Maggio 1895.

(3) Geyl. *Med. Weekbl. v. Noord. eu Zuid*, Nederland, N. 28, 1897.

(4) Kollmann. *Centralb. f. Gynäk.*, N. 13, 1897.

(5) Mangiagalli. « Relazione sul trattam. dell'eclampsia. » 2.° Congresso Internazionale d'Ostetr. e Gin., Ginevra, 1896.

(6) Inverardi. *Annali d'ost. e ginec.*, N. 5, 1896.

(7) Pestalozza. « Sul moderno concetto e sulla cura dell'eclampsia. » Firenze, 1897.

indebolita per le nuove funzioni imposte dalla gravidanza e determinata dall'arrivo accidentale, nel circolo materno, di sostanze coagulanti d'origine placentare. Truzzi (1) concede importanza al metabolismo organico materno, turbato, dallo sviluppo ovulare.

Come si vede, l'accordo è lungi dall'essere completo nella valutazione delle sorgenti multiple dell'intossicazione autoctona gravidica (feto, annessi, sistemi funzionanti materni). Il dissidio, però, non è tale da disperdere le forze, di cui la teoria auto-tossica si giova, essendo tutte disciplinate al concetto che le alterazioni anatomiche, che si riscontrano nall'eclampsia, sono secondarie allo stato tossicoemico e questo concetto segna un grande progresso nella via tentata di una patogenesi unitaria.

***

L'essenza di una malattia ci è chiarita dalle manifestazioni cliniche, che essa offre e dalle alterazioni isto-patologiche, con cui viene al tavolo anatomico. La storia della medicina insegna che fu, quasi sempre, l'osservazione diretta dei sintomi, che ha aperta e segnata la via alle ricerche collaterali e che il gabinetto non fu mai tanto fecondo di risultati, come quando chiese ospitalità nel tempio della clinica.

E questo parmi il più corretto metodo di indagine. La figura clinica dell'eclampsia puerperale ha linee costantemente tipiche, tanto che ne basta una sola visione per subito riconoscerla, quando ci si ripresenta.

Fuori, però, del campo ostetrico, l'accesso eclampsico trova analogie tanto strette con un altro insulto convulsivo, che molti clinici non esitarono ad identificarlo con esso; e questo è l'*accesso uremico:* anche qui, invero, con o senza prodromi si succedono la convulsione tonica, la clonica ed il collasso. Dopo la sintomatologia si volle identificare la etiologia e, per molti, l'eclampsia non è che una « *uremia* » a cui la gravidanza imprime una fisonomia immutata.

È noto, difatti, come, fuori dello stato puerperale, l'« uremia » dia quadri fenomenici multipli, distinti come *forma cerebrale* (Jaccoud, Diculafoy, Raymond), *forma gastro-intestinale* e *forma dispnoica* (Sée, Potain, Fournier). Questa diversità di manifestazioni di una intossicazione di natura unica (difettosa secrezione, od escrezione orinosa), si

(1) Truzzi. Lezioni d'Ostetricia. Parma, 1896-97.

è messa in rapporto con una diversa impressionabilità dei varii organi, nei diversi individui, o con una prevalenza di effetti dell' uno, o dell'altro dei materiali dell'orina non eliminata

[A dire il vero, i sintomi della forma gastro-intestinale (nausee, vomiti, diarrea) e della forma dispnoica (dispnea) trovano corrispondenze eloquenti anche nelle gestanti, ed ora che tutta una serie di interessantissimi studii va riportando la dispnea e molti vomiti incoercibili della gravidanza alle stesse origini d'intossicazione, di cui l' insulto eclampsico non sarebbe che la più alta manifestazione, si potrebbe — continuando il parallelo — affermare che, in gravidanza, molte turbe digestive e respiratorie non sono che gli equivalenti della turba nervosa, che si esplica colla convulsione (= forma cerebrale uremica)].

Ma, volendo limitare, per ora, il nostro studio all'accesso eclampsico, dovremo — per quanto si è detto sopra — ammettere che *la sua costante tipicità sia legata alla costante sofferenza di dati organi, o presenza di date sostanze tossiche nell'organismo della gravida.*

a) Per quanto riguarda la prima, noi ci siamo già pronunciati discorrendo, volta volta, delle alterazioni viscerali (cervello, fegato, reni, placenta), caposaldi di altrettanti teorie etiologiche: incostanti nella intensità e natura (Pels Leusden, Lubarsch, Schmorl) e, quando esistono, non patognomoniche ed, in parte, postume all'accesso convulsivo (vedi esperienze in proposito, appresso), non possono, in alcun modo, rendere ragione di un decorso clinico tanto caratteristico.

b) Delle sostanze qualitativamente, o quantitativamente abnormi, dimostrate presenti nel circolo materno, l'*urea*, più d'ogni altra, attirò, fin qui, l'attenzione dei ricercatori e parve prestare compiacente spiegazione di molti fatti, che nell' eclampsia si osservano. L' eccesso di urea nel sangue, portando alla nefrite (Mya e Vandoni), ed avendo Quinquaud trovato che, in gravidanza, il tasso giornaliero d' urea sale da 24 a 38 gr., se ne concluse che l'eclampsia era una manifestazione dello stato uremico, determinante una nefrite secondaria (Cioja).

Di più, quando vi è ostacolo allla eliminazione dell' orina, secrezione ed assorbimento si equilibrano (Heidenhain) e, dapprima, compare l'albuminuria (Leyden, Felsenreich) poi, l'accesso convulsivo: riscontrandosi, spesso, nelle morte eclampsiche, una dilatazione degli ureteri, sintomo di risentita compressione (Olshausen), si invocò questa genesi per molti casi di eclampsia (Halbertsma).

Ma, non occorre ripetere che queste due condizioni necessarie a che « l' *uremia gravidica* » — pur ammettendo che esista (1) — dia manifestazioni eclampsiche (nefrite ed anuria da impedita escrezione), non accompagnano che un numero limitato di casi (circa 1[4 secondo Löhlein); *quand' esse mancano bisogna pensare che altre sostanze, per se stesse convulsivanti, percorrano il circolo;* oppure, anche, che l'urea, da sola incapace di riprodurre tutto il quadro uremico (Bouchard) lo diventi per l'aggiungersi di altri materiali, che ne modificano gli effetti [specialmente, prodotti di putrefazione, che possono essere eliminati per l' orina (Albertoni e Stefani)]. Vediamo se esistano e quali siano i rappresentanti delle prime e dei secondi.

Di una malattia quale l'eclampsia puerperale, che è retaggio proprio dello stato gravidico, potrebbe credersi a priori, che il tossico convulsivante partisse dalla provincia utero-ovulare. Ma poichè l' eclampsia insorge, spesso, in puerperio (21 0[0 secondo Brummerstädt, 16. 88 0[0 secondo Goldberg, 14 0[0 secondo Olshausen, 21. 16 0[0 secondo Croback) e, talora, anche a lunga distanza dopo lo sgravio (Simpson, Champetier), quando ogni tributo patogenetico ovulare non può più essere invocato, è forza riconoscere che nello stesso organismo materno si elaborino le sostanze colpevoli dell'intossicazione, che si rivela coll'accesso eclampsico.

E qui, io dovrei riandare tutte le condizioni e le conseguenze del nuovo metabolismo organico nella gravida. Tale ricerca fu già argomento di un mio studio (2), da poco pubblicato, del quale mi basta, ora, ricordare le principali conclusioni. Riportando nel campo ostetrico le conoscenze, che si posseggono intorno ai processi di auto-intossicazione, ho potuto riconoscere che tutti i sistemi funzionanti materni, dalle condizioni meccaniche e chimiche indotte dallo sviluppo ovu-

---

(1) In un recente lavoro dei dott. Liscia e Passigli (« Contributo allo studio delle modificazioni gravidiche orinarie. » *An. d'Ost. e Ginec.*, N. 9, Settembre 1897) fu notata una diminuzione, anzichè un aumento, nell'eliminazione d'urea. Ad eguale risultato vennero Polimanti e Sapelli. Nel contrasto dei reperti, istituii ricerche di controllo su una ventina di incinte sane, a dieta mista, uniforme, ricoverate nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma, usando il metodo Liebig-Pflüger, che, clinicamente, ben corrisponde. Eccezione fatta, di tre casi, ho sempre trovato una diminuzione, in confronto del tasso medio stabilito nelle condizioni normali. Questo fatto della diminuzione nell'eliminazione dell'urea in gravidanza, porta l' ultimo colpo alla ammessa nefrite gravidica « da urea » ed acquista massima importanza nella questionata patogenesi dell' eclampside, quando si pensi che tale diminuzione è anche esagerata in questa forma morbosa avendo Massén trovato una discesa fino a 7. 5 0[00 e 5. 19 0[00.

(2) C. Merletti. « Sulle auto-intossicazioni gravidiche. » *Morgagni*, Ottobre-Nov. 1897.

lare, sono messi in istato di debolezza e, taluni, anche di insufficienza funzionale.

Primo, per importanza, fra le sorgenti di intossicazione, si è dimostrato il tubo gastro-enterico: la crescita del globo uterino, causa di ristagno degli ingesti, la discrasia sanguigna e l'alterazione epatica gravidica esaltano la putrefazione dell'albumina alimentare e l'eccesso, in circolo, dei suoi prodotti, a comportamento tossico, mi fu palesato, nella gravidanza normale, in molte forme sue patologiche ed in alcuni casi di eclampsia, dall'aumentata quantità di acidi solfo-conjugati eliminati per le orine. Anzi, in base ad alcune ricerche sperimentali sugli effetti dell'intossicamento con tali prodotti di putrefazione, all'efficacia indiscussa e pronta di una terapia intestinale (Tarnier, Sené, Inverardi, ecc.) ed alle analogie intime, che l'eclampsia puerperale dimostra coll'eclampsia infantile (Mya, Robert Jardine), nella cui etiologia è ben accertata l'influenza grande delle turbe digestive (1), è legittimata la credenza che, date le condizioni predisponenti create dalla gestazione, la sorgente tossica intestinale possa, talora, costituirsi causa *determinante* dell'accesso convulsivo. È quanto (a parte la diversità nell'interpretazione delle alterazioni predisponenti, credute necessarie, specialmente negli emuntorii) si ammette da sostenitori di altre teorie (Pestalozza).

Ma, se la funzione digestiva è, decisamente, insufficiente, non v'ha dubbio che anche gli altri apparati siano, più o meno, compromessi. Degli emuntorii, il *cutaneo* è messo in condizioni di inferiorità funzionale dal cattivo circolo periferico (varici, edemi, smagliature); l'*epatico*, dall'infiltrazione sua grassosa, già espressione di turbe tropiche, circolatorie e funzionali; il *renale* dalla tossiemia gravidica, che tende ad alterarne il filtro e dal frequente ostacolo al deflusso orinoso, per compressione degli ureteri, della vescica, dell'uretra. Da ultimo, lo sviluppo utero-ovulare, mantiene un dannoso stato di *surmenage* nerveo-muscolare, ed impedisce una buona ventilazione polmonare.

Quali saranno gli effetti ultimi di queste nuove condizioni del chimismo organico? La risposta è facile: aumentate, da una parte, le esigenze d'ossidazione pei nuovi tessuti fetali e materni; minorata, dall'altra, la capacità funzionale degli apparecchi, che, direttamente,

---

(1) E. Ashby e G. Wright. « Trattato delle malattie dei bambini. » Versione Italiana di G. Lapponi, Milano, 1893, pag. 588.

od indirettamente, ad essa sono deputati (polmone, sangue) la risultante sarà « *un difetto nei processi di metamorfosi regressiva, per incompleta combustione organica.* »

E volendo mantenerci nei confini del rigorosamente dimostrato, diremo, che il turbato chimismo organico della gestante, è sintetizzato da *una esagerazione dei processi putrefattivi dell' albumina alimentare* (aumentata produzione di eteri solfonici) e da *un difetto di ossidazione dell'albumina dei tessuti* (diminuita eliminazione d'urea, ecc.).

Nello stato attuale della scienza, non ci è ancora dato seguire tutte le trasformazioni che, dalla non decifrata molecola « albumina » conducono al prodotto finale azotato « urea »: la chimica biologica è, però, riuscita, coll'ossidazione diretta dell'albumina, ad ottenere corpi intermediarii fra albumina ed urea, rappresentati, specialmente, da alcuni acidi amidati.

Dato, quindi, un difetto d'ossidazione organica, possiamo, per ora, soltanto affermare che, in circolo, si verificherà *un aumento di prodotti azotati « intermediarii » ai quali, cioè manca un' ulteriore ossidazione per passare ad urea completa.*

Questo fatto ha legittimato il sospetto che tali « uree incomplete » giuocassero la loro parte nella genesi di alcune manifestazioni cliniche ed alterazioni anatomiche, che, allo stato patologico, si osservano nella gravida, sapendosi che i prodotti estremi — albumina ed urea — sono pur capaci di sintomi e modificazioni morbose di alcuni parenchimi. [C. Verdelli ed U. Gabbi; Mya e Vandoni (1)].

Hanno intuito che esse dovevano esercitare un' azione tossica, convulsivante, nell' organismo gravido, Bouchard, Stumpf, Jones, Bento Alcina, Van de Velde, Woyer, Kollmann; ma, il primo che agli argomenti d'ordine clinico, aggiungesse il conforto della prova esperimentale, fu Massén (2). Egli, che fin dal 1892, con Pawlow e Nencki aveva dimostrato l'azione neutralizzatrice del fegato, mercè la fistola d'Eck, della vena porta nella cava ascendente, ricercò, in seguito, gli effetti

---

(1) C. Verdelli ed U. Gabbi, in un lavoro dal titolo « Sull'albuminuria sperimentale per iniezioni di ovalbumina » (*Arch. It. Clinica Medica*, 1896), hanno accertato, contrariamente a Semmola, che l' eccesso di albumina in circolo porta, solo albuminuria transitoria, e lievi lesioni renali. Note sono le esperienze di Mya e Vandoni, sulla nefrite sperimentale da urea, e di Gaucher sulle nefriti da leucina, tirosina, ecc.

(2) Massén. *Centralb. f. Gyn.*, N. 47, 1896.

clinici e le alterazioni epatiche conseguenti alla presenza in circolo di un eccesso di prodotti intermediarii del ricambio azotato, analogamente a quanto si verifica nell'organismo della gestante.

Massén scelse, nelle sue esperienze, il sale ammoniaco dell'acido carbaminico, che è uno fra i prodotti intermediarii accertati dell'ossidazione dell'albumina: e la scelta è giustificata. Secondo Drechsel l'urea deriva, appunto, dal carbaminato di ammonio, per eliminazione di due atomi di idrogeno e di un atomo di ossigeno per riduzione (1). D'altra parte, la sede di queste trasformazioni è prevalentemente, se non esclusivamente, il fegato (Schröder) e l'alterazione di questa glandola era presumibile, in seguito ad un eccesso di lavoro imposto coll'iniezione in circolo di un prodotto destinato a trasformarsi in urea. Il risultato esperimentale confermò il presupposto: Massén riuscì a riprodurre, non solo il quadro clinico dell'eclampsia, ma, nel fegato, trovò alcune note anatomiche solite ad osservarsi nelle decesse per tale malattia, e, logicamente, ne concluse che l'accesso eclampsico e l'alterazione epatica concomitante, ripetono la loro genesi da eccesso, in circolo, di prodotti intermedii del ricambio azotato.

Senonchè, le osservazioni di Massén limitate al fegato, lasciano inspiegato tutto il resto dell'anatomia patologica dell'eclampside, sicchè le altre alterazioni viscerali, di comune reperto, prestano, ancora, quartiere alle vedute etiologiche su di esse erette. Perchè una illazione da una esperienza sia giustificata, occorre che la riproduzione della forma morbosa, cui essa mira, sia completa. Nè, in secondo luogo, resta precisata l'importanza reale di tali lesioni, nè definito il dubbio se esse siano secondarie, ed in quanta parte, all'accesso convulsivo: quesiti d'interesse capitale, per giudicare dell'essenza della malattia.

Io ne volli tentare la soluzione, istituendo nuove ricerche nella via indicata da Massén. Eccone l'indirizzo ed i risultati:

***

Nello studio degli effetti che una sostanza, a comportamento tossico, sia essa endogena, od esogena, minerale, vegetale, o microbica,

---

(1) Questa teoria tiene il campo, nella genesi discussa dell'urea, accanto a quelle di Schröder e Schmiedeberg, che la fanno provenire dal carbonato d'ammonio, e di Hoppe-Seyler, che la fa risultare dalla sintesi dell'ac. cianico e dell'ammoniaca.

è capace di determinare sull' organismo vivente, le condizioni esperimentali devono, anzitutto, essere divise in due varietà, le quali corrispondono a due condizioni, del pari ben distinte in clinica. È risaputo che l'azione di un tossico si esplica, clinicamente ed anatomicamente, in modo diverso, secondochè momentanea ed intensa, oppure continua e graduale. Accanto all'avvelenamento « acuto » va, dunque, studiato l'avvelenamento « cronico. »

Scelsi, per animale d'esperimento, il coniglio, sia perchè deciduato disco-placentale, sia perchè già oggetto di indagini analoghe: il regime fu rigorosamente vegetale, e le iniezioni furono praticate ad intervalli di tempo costanti. Mi garantii della purezza del prodotto chimico esperito, usando carbaminato d'ammonio, preparato dai chimici Martignoni, Mela & C. di Genova.

[Riguardo alla tecnica, noto che la ricerca istologica, in tutte le serie di esperienze, fu estesa, comparativamente, al fegato, al rene, e, nelle femmine, alla placenta. Per la fissazione dei pezzi, tolti dall'animale, appena venuto a morte, usai il liquido di Müller, il sublimato in soluzione satura e la miscela osmio-cromo-acetica di Flemming. Non trascurai la ricerca della degenerazione grassa, mercè l' acido osmico in soluzione all' 1 0[0, in sezioni ottenute, a fresco, per congelazione. Inclusione in paraffina. Le sezioni di fegato e di rene furono trattate libere; quelle di placenta, previa appiccicatura con albumina Meyer, oppure, — e ne ebbi migliore risultato — col graduale prosciugamento, alla stufa, delle sezioni direttamente portate su uno strato d' acqua, steso sul portaoggetto. Colorazione con ematossilina e differenziazione eosinica e picrica, coi carminii e colla safranina].

I.ª Serie: *Intossicazione acuta in coniglie gravide.*

Coniglia gravida verso la terza settimana, del peso di Cg. 2.800. Il 28 Luglio, iniezione sottocutanea di 3 gr. di carbaminato d'ammonio in 10 gr. di acqua distillata. Iniezione, nei giorni successivi, di dosi gradualmente maggiori (4, 5, 6 gr.). Al 2.º giorno comparsa, nelle orine, di tracce marcate d'albumina; al 4.º dopo sei ore dall'ultima iniezione, convulsioni tonico-cloniche, seguite da coma. Nello spazio di un' ora si ripetono tre accessi, sotto i quali l' animale viene a morte, con respiro stertoroso e midriasi esagerata.

Macroscopicamente, notasi dimagramento accentuato, pannicolo adiposo biancastro, edematoso; poca quantità di liquido siero-sangui-

nolento nella cavità addominale e toracica. Fegato e reni congesti; polmone congesto nei lobi inferiori, enfisematoso nei superiori. Discreta quantità di siero nei ventricoli cerebrali. In ciascuno dei corni uterini trovansi sei feti, ben sviluppati, ancora vivi.

Esame istologico. — a) Fegato: Vasi venosi ripieni e distesi da sangue, non esistono emorragie, nè infiltrazioni parvicellulari perivasali. Il contorno cellulare è, generalmente, ancora ben definito; il protoplasma, leggiermente granuloso nelle periferiche, presenta vacuoli nelle cellule, che circondano la vena centrale distesa. La vacuolizzazione di queste cellule imparte loro un aspetto spongioso; l'estensione del fatto degenerativo è considerevole, tanto da formare un largo anello, attorno alla vena centrale (Fig. 1). I nuclei conservano, generalmente, la loro forma normale e solo nella zona spongiosa sono, in parte, distrutti. I minimi canalicoli intralobulari sono, al pari dei vasi venosi, più ampii che di norma. Il connettivo interlobulare è normale. Coll'ac. osmico mettonsi in evidenza granulazioni adipose nel protoplasma cellulare, più copiose nelle cellule centrali; in complesso, però, la degeneraz. grassa non è molto avanzata.

b) Reni: Connettivo interstiziale normale. I vasi venosi si presentano dilatati, ma, in nessun punto, esistono infiltrazioni parvicellulari perivasali. In taluni glomeruli, al disotto della capsula, si scorge un blocco, più o meno grosso, di sostanza granulosa, in mezzo a cui, talora, vedesi qualche nucleo di endotelio e, talora, qualche globulo rosso. I nuclei del glomerulo sono normali per numero e per volume. Quanto ai tubuli, è a notarsi che, nei contorti, l'epitelio si presenta un po' più granuloso dell'ordinario; è, però, discretamente ancora ben conservato e si colora abbastanza bene. Lieve degenerazione adiposa dell'epitelio dei tubuli contorti.

c) Placenta: Non è rilevabile alcuna particolare alterazione, eccettuato qualche lieve fatto emorragico recente, e poco esteso.

Nelle ricerche di controllo, praticate collo stesso metodo ed in condizioni identiche dell'animale, furono confermate le alterazioni descritte nel fegato, con non considerevoli modificazioni nel loro grado, ed il conservarsi pressochè normale della placenta. Pel rene, invece, in alcuni preparati, ai fatti sopra notati, si aggiungono, talora, emorragie, per lo più limitate al connettivo intertubulare, ma, qua e là, anche intratubulari. Generalmente si può dire che lo stravaso è limitato ai tubuli contorti e, raramente, è occupata la cavità del glomerulo; in ogni caso, essa è, senza confronto, minore che nei reni di animali sottoposti ad avvelenamento lento.

II.ª Serie: *Intossicazione lenta in coniglie gravide.*

Riuscendo difficile diagnosticare, appena avvenuto, il concepimento e, d'altra parte, necessitando iniziare le iniezioni del tossico in epoca

precoce, per poterne studiare gli effetti prolungati sugli organi dell'animale gestante, e, specialmente, sulla placenta, mantenni in comune per turno, parecchie femmine con un maschio adulto, per due, tre giorni, dopo i quali le portavo in ambiente isolato. In questa serie, tenni, naturalmente, conto soltanto, di quegli animali, in cui il concepimento si era verificato e la gravidanza aveva continuato per almeno tre settimane. Tre volte ebbi l'aborto dopo poche iniezioni.

Riporto, come tipo, il reperto ottenuto in una coniglia, in cui la morte avvenne dopo 22 giorni, dacchè le esperienze furono iniziate.

Coniglia di Cg. 2. 750. Il 1.° Agosto, iniezione di 1 gr. di carbaminato d'ammonio in 10 gr. di veicolo. Le iniezioni si ripetono, alla stessa ora e nella stessa dose, fino al 5 Agosto; quindi, si porta la dose a 2 gr. di sale, continuando fino al 10 stesso mese. Al 7.° giorno le orine mostrano traccia di albumina, che, alla mattina del giorno successivo, prima della nuova iniezione, non è più dimostrabile. L'albuminuria, da transitoria, si rende permanente verso la 12.ª giornata, con aumento, dappoi, progressivo in quantità. All'esame microscopico non si trovarono mai, nemmeno negli ultimi giorni, cilindri granulosi; invece, epitelii renali ed emazie. Dal giorno 11 al 15 la dose di sale fu portata a tre grammi, sempre sciolti in 10 cm. di veicolo. Dal 15 al 20 si iniettarono, giornalmente, 4 gr. di carbaminato d'ammonio, e, dal 20 al 22 Agosto, giorno della morte, 5 gr. *pro die*. Nell'ultima settimana comparve una diarrea, sempre più intensa, costituita da sostanza semiliquida, giallo-verdastra, che, molto probabilmente, è da interpretarsi come un'analoga alla « diarrea uremica. » Complessivamente, in 22 giorni, furono iniettati gr. *60* di carbaminato. L'animale, in questo periodo, andò progressivamente dimagrando, tanto che, al momento del decesso, non pesava che Kg. 1. 600. La convulsione scoppiò durante la iniezione del giorno 22 e presentava, in tutto, i caratteri dell'accesso eclampsico: si ripetè per sette volte e, sotto l'ultima, l'animale venne a morte.

Talora la scarica clonica era limitata ad una sola metà e, perfino, ad un solo arto. Nella fase tonica si notava una esagerata e brusca estensione della testa, trisma; rotazione superiore dei bulbi oculari; nel coma successivo, midriasi e respiro stertoroso. Durante un accesso si ha il parto precipitoso di 11 feti, a sviluppo ben progredito ed ancora moventisi.

Alla sezione anatomica si trova: impoverimento estremo delle masse muscolari, che, al taglio, si presentano pallide ed edematose. Idropico, pure, il cellulare sottocutaneo, d'aspetto bianco-lardaceo. Nella cavità del peritoneo esiste una raccolta piuttosto abbondante di liquido sieroematico che, rapidamente, si rapprende in coagulo. Il cervello è lucente al taglio ed i ventricoli sono occupati da piuttosto abbondante quantità di liquido sieroso. Siero, pure, esiste nella cavità pleurica.

Cuore ingrandito e flaccido. Polmoni con zone d'enfisema alternate a zone rossigne, d'aspetto emorragico. Fegato congesto in totalità, con superficie tigrata, presentando chiazze giallognole, intercalate ad altre rossigne e ad altre pressochè normali. Sui tagli in profondità vedonsi chiazze arboriformi, d'aspetto emorragico, invadente, specialmente, la periferia del viscere. I reni hanno la capsula facilmente scollabile, parenchima congesto, solcato da striature rossigne. I corni uterini sono, ancora, in preda a contrazione peristaltica, sotto cui le placente si scollano.

Esame istologico. — *a) Fegato:* Il fatto che subito richiama l'attenzione è dato da copiose emorragie, recenti, perchè i globuli sanguigni sono ancora ben conservati: esse, per la sede, sono più numerose alla superficie del viscere, cioè, appena al disotto della capsula del Glisson, sebbene non siano infrequenti, anche più profondamente, verso la parte centrale dell'organo. Il sangue stravasato proviene dalla vena centrale; in certi punti tutto quanto il lobulo è andato distrutto e, di esso, rimane, solo qua e là, qualche nucleo di cellula epiteliale e qualche resto di corpi cellulari in preda a necrosi da coagulazione ed a successiva disgregazione. Talora, la parte periferica del lobulo è ancora conservata e, verificandosi questo fatto in più lobuli confinanti, ne risulta — direi — un lobulo a rovescio, il cui centro, cioè, è costituito da uno, o due, vasi biliari e la periferia dalle cellule periferiche dei lobuli circonvicini, parzialmente distrutti (Fig. 2). Questa specie di lobulo viene, così, cinto tutt'all'esterno, da stravaso sanguigno. Quanto alle cellule epatiche scampate alla distruzione emorragica, presentano le alterazioni, del protoplasma e del nucleo, della stessa natura e nell'istessa sede (vacuolizzazione attorno alle vene centrali) descritte nella I.ª serie d'esperienze. Attorno ai vasi non si notano infiltrazioni parvicellulari. Il connettivo interlobulare non è aumentato. Nei tagli, a fresco, per congelazione, l'ac. osmico dimostra decisamente la presenza di granulazioni adipose.

b) Reni: I vasi sono ripieni di sangue; mancano, però, infiltrazioni parvicellulari perivasali. Tra capsula del Bowmann e glomerulo si notano, spesso, ammassi di sostanza granulosa, albuminosa, analoga a quella descritta nei preparati provenienti da animali intossicati in modo acuto. Qui, però, si aggiungono vere emorragie, le quali, talora, sono tanto gravi, da respingere da un lato le anse del glomerulo e, perfino, da distruggerlo quasi completamente (Fig. 3). È rarissimo trovare un glomerulo ancora normale. I nuclei glomerulari conservati, sono normali per numero e volume. Anche nei tubuli contorti si trovano, frequentemente, delle emorragie, copiose tanto, che il tubulo ne resta dilatato: nei tubuli retti le emorragie son meno intense.

Degli epitelii canalicolari è solo notabile una maggiore granulosità, però non molto forte, del protoplasma delle cellule epiteliari dei tubuli contorti. Il connettivo interstiziale è normale.

c) Placenta: Anche qui non è dato rilevare alterazioni degne di nota; i seni sanguigni sono ripieni di sangue e, qua e là, si notano stravasi emorragici di modica estensione.

***

Le alterazioni riscontrate nelle due forme di avvelenamento, si possono così riassumere: *a)* nella *forma acuta,* il fegato presenta degenerazione granulo-grassosa dei protoplasmi cellulari e stato spongioso delle cellule circostanti alla vena centrale; il rene lieve granulosità degli epitelii dei canalicoli contorti, stasi venosa e talora, scarse emorragie, prevalentemente intertubulari; la placenta, solo fatti emorragici di poco conto. — *b)* nella *forma cronica,* nel fegato, oltre alle necrosi parenchimatose si verificano estese emorragie, prevalentemente sottocapsulari, che portano a considerevole distruzione cellulare; nei reni è assai più avanzato lo stato granulosodegli epitelii dei tubuli contorti e le emorragie glomerulari e canalicolari hanno preso estensione imponente; la placenta si mantiene, press'a poco, come nella forma acuta.

Non isfuggono le analogie interne che queste alterazioni incontrano con quelle descritte del fegato e reni di donne morte eclampsiche, e che io ho riportato in pagine precedenti. Nell'intossicazione acuta l'alterazione è rappresentata dai fatti di necrosi cellulare, mentre che nella cronica, su questi prevalgono, forse mascherandoli in parte, i fatti emorragici. Non ho raggiunto, in queste esperienze, la ripetizione di lesioni infiammatorie, quali sono descritte, pel rene, nel 3.° tipo di Lubarsch, e se ne comprende facilmente la ragione pensando che al loro stabilirsi si esige un'azione del tossico assai più protratta di quanto la breve durata della gestazione, nelle coniglie, permetta.

Come d'ogni risultato esperimentale, dobbiamo domandarci fino a qual punto, quello da noi ottenuto sia applicabile a spiegarci ciò che osserviamo nell'organismo umano. Se nelle eclampsiche fosse stato dimostrato, accanto alla diminuita eliminazione d'urea, un aumento nell'eliminazione di « uree incomplete » la risposta sarebbe facile, perchè, ripetendosi nell'animale un'identica anomalia del ricambio, identiche alterazioni anatomiche ed identica fenomenologia, resterebbero, nel modo più evidente chiariti i rapporti di causa ad effetti. Ma questa dimostrazione manca, nè, per ora, è possibile, perchè, la chimica biologica non ha ancora definito quali e quanti siano i prodotti interme-

diarii del ricambio azotato e, quindi, impossibile ne è il bilancio. E sarebbe un errore (imputabile al Massén) il volere limitare la ricerca dosimetrica ad uno solo di tali prodotti conosciuti, come — ad es. — al carbaminato d'ammonio: esso non va considerato che come un rappresentante della numerosa serie delle uree incomplete, a comportamento fisio-patologico affine. Volere che esso si dimostri in aumento costante d'eliminazione è come pretendere che il difetto di catabolismo si fermi costantemente a quell'una delle numerose ed indefinite tappe intermediarie; il che sarebbe erroneo (1).

Pur mantenendoci rigorosi, possiamo peraltro affermare: ripetendo negli animali la condizione di tossiemia da accumulo in circolo di prodotti intermediarii del ricambio azotato (al quale in grado diverso, ma costantemente devono condurre le complesse turbe del metabolismo organico delle gestanti), si ripete la figura clinica ed anatomo-patologica dell'eclampsia puerperale.

***

Se confrontiamo i reperti istologici avuti nelle due forme di intossicazione esperimentale, troviamo differenze spiccatissime: nella forma acuta mancano, oppure sono appena accennati, i fatti emorragici, che nella forma cronica assumono il predominio su ogni altra lesione.

Quale la causa? È risaputo che una sostanza tossica, portata in circolo, in modo diuturno, incomincia coll'alterare gli endotelii vasali e la parte più delicata dei parenchimi, la cellula glandolare, e finisce coll'esercitare la sua dannosa influenza sul connettivo. La moderna patologia epatica e renale è tutta informata a questo concetto, sicchè, ad es., i nomi di nefrite parenchimatosa, od interstiziale non significano più che gli stadii, più o meno avanzati, di una stessa entità morbosa, la nefrite tossica. In base a questi fatti nulla di più logico del ritenere che anche il tossico usato nelle nostre esperienze, come prontamente induce una rarefazione dei protoplasmi cellulari degli epitelii limitanti la vena centrale, così, agendo per tempo maggiore, alteri anche gli

(1) Non va dimenticato il fatto, indirettamente probativo, che Mya, nell'eclampsia degli infanti — delle analogie coll'e. puerperale altrove tenni parola — potè dimostrare, non solo durante gli accessi, ma anche nel corso del miglioramento, una cospicua eliminazione di ammoniaca: è noto, d'altra parte, che quasi tutti i prodotti intermediarii, finora conosciuti, appartengono al gruppo delle ammidi.

endotelii vasali, per modo che la diminuita resistenza delle pareti del vase e del tessuto di sostegno perivasale, creino una condizione anatomica *predisponente* all'emorragia per rexin.

Non restava, con ciò, chiarita quale fosse la vera causa *determinante* il fatto emorragico, ed altre ricerche si rendevano necessarie.

III.ª Serie: *Intossicazione lenta in animali maschi sacrificati dopo e prima dello scoppio della convulsione.*

La presenza di lesioni emorragiche, riscontrata nelle placente delle coniglie da me sottoposte alle due forme di intossicazione, lasciava adito al dubbio che i trombi negli altri parenchimi provenissero da entrata in circolo di elementi placentari, dalla disgregazione ulteriore dei quali fosse cagionata la coagulazione del sangue: dubbio logico dopo le esperienze di Acconci, che tale migrazione avevano dimostrato.

Per escludere che, almeno nel campo esperimentale, l'elemento placentare entrasse come fattore di tali trombi, ho esteso la ricerca delle alterazioni strutturali, per intossicazione lenta, a soggetti maschi. Mantenendo, per queste nuove esperienze, l'istesso andamento riferito per quelle della II.ª Serie, ho sempre potuto constatare identicità assoluta nella sintomatologia, con cui l'animale veniva a morte e nelle lesioni anatomiche viscerali. Qui, pure, fegato e rene presentavano estese emorragie, prevalentemente sottocapsulari, cogli stessi fatti degenerativi epiteliali sopraricordati (Fig. 4).

Quale, dunque, la vera causa determinante gli estesi fatti emorragici? Mosso dal dubbio, già espresso da Tibone, « che essi possano essere secondarii all'imponente perturbamento del circolo e dell'innervazione proprio degli accessi convulsivi » sacrificai alcuni animali, sottoposti all'avvelenamento cronico, a tutta vicinanza della scadenza dell'accesso convulsivo, la cui epoca approssimativa mi era resa nota dalle precedenti esperienze. Si rendeva, così, possibile accertare quali delle multiple lesioni viscerali precedessero e quali susseguissero alla convulsione.

In nessuno degli animali (tre), che furono oggetto di questa esperienza, si riscontrarono emorragie epatiche, o renali: uniche note anatomiche erano, pel sistema vasale, stasi ed ectasie venose, e, per gli epitelii, i soliti fatti di necrosi prececedentemente descritti.

Da ciò risulta all'evidenza che — almeno nel campo esperimentale — le rotture delle pareti vasali e le conseguenti emorragie non precedono, ma concomitano, o susseguono alla scarica convulsiva. Gli scuotimenti muscolari del clono, la contrattura della fase tonica, la

concitazione e sospensione alternate del respiro, debbono, certo, portare tale turba circolatoria, da spiegare la rexin vasale. Tutto fa credere che lo stesso fatto avvenga negli umani. Emorragie parenchimali, del genere di quelle che ci occupano, non furono mai trovate al tavolo anatomico in gravide, anche presso termine, non convulsionarie: eppure, non v' ha dubbio che molte, spente da altra malattia, potevano essere alla vigilia di manifestarsi eclampsiche. D' altro lato, nelle decesse per eclampside conclamata, gli stessi fatti emorragici costituiscono un reperto di prammatica. Ricordo, ancora, come durante l' accesso, sia stato, or è poco, constatato da Vaquez e Nobecourt (1) un aumento considerevole della pressione arteriosa, che, secondo gli stessi autori, è dovuto ad uno stimolo dei vaso-costrittori, esercitato da sostanze tossiche presenti nel sangue ed è causa delle emorragie.

Vengono, pertanto, ad essere stabiliti i seguenti fatti: *l' intossicazione profonda, per eccesso, in circolo, di un' urea incompleta genera insulti convulsivi a tipo clonico-tonico, d'origine corticale, ed anche, la morte dell' animale, concausando lesioni parenchimali, solo d' indole degenerativa, oppure, anche gravi emorragie, secondochè essa si stabilisce in modo acuto, oppure cronico; nell' avvelenamento cronico i fatti emorragici, mancano prima dello scoppio della convulsione, sono costanti dopo avvenuta; essi hanno per cause predisponenti la rarefazione degenerativa del tessuto circostante alla vena centrale* (vedi Fig. 1) *ed una probabile alterazione dell' endotelio vasale, indotta dall' azione prolungata del tossico circolante e, per causa determinante, l' aumento della pressione arteriosa durante la convulsione.*

Un ultimo punto va chiarito: il meccanismo, con cui l' organismo intossicato viene a morte, oppure ritorna a salute. Lascio la parola al dott. H. Claude (2) il quale, in un pregevole studio, compiuto nel corrente anno, sulle lesioni indotte nel fegato e nei reni da alcuni tossici, così si esprime in proposito: « A la suite d'une intoxication profonde, même lorsque les agents producteurs des poisons n'existent plus, on peut constater deux sortes de lésions, les unes totales, les autres partielles. — *a*) Les premières sont des lésions aiguës prolongées; elles

(1) Vaquez e Nobécourt, loc. cit.

(2) H. Claude. « Essai sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines. » Ed. Carré et Naud, Paris, 1897.

aboutissent à une désorganisation complète assez rapide et sont une cause de morte fatale dans un délai de quelques jours à quelques semaines. Les lésions histologiques du foie et du rein sont essentiellement diffuses; elles sont plutôt *nécrobiotiques* qu'inflammatoires. — *b*) Dans d'autres cas, après une intoxication de durée plus ou moins longue, mais arrêtée dans sa marche, il subsiste des troubles locaux partiels répondant à des lésions partielles. Mais ici, on peut distinguer deux variétés, suivant que ces lésions partielles sont bruyantes, progressives ou silencieuses et stationnaires. α) Dans la première variété, la persistance des lésions est attestée par des symptomes hépatiques et renaux plus ou moins accentués (ictère, urobilinurie, albuminurie, cylindres urinaires, etc.) variables dans leur intensité, et la progression de ces lésions peut amener la mort. β) Dans les lésions limitées, peu étendues, mais dont l'evolution est arrêtée et qui ne donnent lieu à aucun symptôme apparent, les organes ont subi une atteinte qui les a privés d'une partie de leurs éléments fonctionnels. Les organes, ainsi frappés partiellement n'en restent pas moins diminués dans leur valeur fonctionnelle et si l'on suppose qu'un certain nombre de causes morbides viennent à se produire à des intervalles variables, ces altérations partielles conduiront à la fin à une insuffisance fonctionnelle plus ou moins caractérisée. »

Queste eventualità, possibili per le tossiemie in genere, debbono ripetersi per l'intossicazione eclampsica. Se le cause di quest' ultima si stabiliscono e cessano in modo acuto, può aversi — a seconda della loro intensità — o la morte rapida per avvelenamento profondo dei centri nervosi, con, o senza, concausa di fatti degenerativi necrobiotici, diffusi nei parenchimi — specialmente nel fegato — o la pronta guarigione della paziente.

Quando, invece, la sorgente tossica persista intensa e duratura, le lesioni viscerali (specialmente epato-renali), passano in prima linea, dipendendo, la continuazione della vita, dalla possibilità, o meno, che la *restitutio ad integrum* si verifichi in tutti, od almeno in gran parte, degli elementi estesi. È perciò che nei casi di eclampsia accompagnati ad ittero, albuminuria, o cilindruria, la prognosi si mantiene sempre molto riservata, anche dopo la cessazione degli accessi convulsivi, avvertendoci questi sintomi che, benchè scomparse le cause dell'intossicazione eclamptogena, permane una lesione anatomica, da essa dipen-

dente, la quale, progredendo, può condurre ad una nuova intossicazione secondaria alla prima.

***

Giunti a questo punto si impone la domanda: se l'etiologia dell'eclampside risiede, precipuamente, in una tossiemia per eccesso in circolo, di prodotti intermediarii del ricambio azotato (albumina dei tessuti ed albumina alimentare), i quali ad essa conducono per la loro azione convulsivante, in modo diretto, od, indirettamente, determinando l'insufficienza funzionale degli emuntorii, come può lo svuotamento dell'utero troncare, tanto spesso e prontamente, il ripetersi degli accessi convulsivi?

Il Mangiagalli riferisce, difatti, che questa benefica influenza fu constatata, nella sua statistica, 25 volte su 33 osservazioni e che figura nel 35 0[0 dei casi in quella di Schauta, nel 69.6 0[0 di Braun, 54 0[0 di Leopold, 33 0[0 di Bidder, 50.7 0[0 di Schreiber, ed 85 0[0 di Olshausen.

Tale questione è legata all'altra della frequenza dello scoppio dell'accesso in soprapparto e della relativa benignità di tale accidente, in confronto delle forme già insorte in gravidanza. Poichè se — come vorrebbero, ad es., Löhlein e Schauta — il procento dell'eclampsia *intra partum* è di gran lunga superiore che *ante partum* e, come è generalmente ammesso, la prognosi, nella prima, è assai più favorevole che non nella seconda, dovrebbesi concludere che il fenomeno del parto può costituirsi causa determinante l'accesso e, come tale, è meno deleterio delle altre cause che lo possono provocare nel corso della gestazione.

« Benchè sia probabile » osserva il Mangiagalli « che alcuni casi » di eclampsia, che si osservano *intra partum* abbiano avuto inizio » nella gravidanza e che le statistiche contemplino non la relativa fre- » quenza, colla quale l'eclampsia insorga realmente nella gravidanza, » o nel parto, ma si riferiscano al momento in cui l'eclampsia cade » sotto l'osservazione del clinico » resta, tuttavia, il fatto che, in una forte maggioranza di casi, all'accesso concomita il parto (spesso iniziato, come ebbi ad osservare più volte anche nel corso delle mie esperienze, dalla convulsione), i vantaggi della cui ultimazione lasciano credere che esso aggrava, per lo meno, le condizioni che hanno condotto all'eclampsia.

Dato l'aumento della pressione arteriosa ritenuto da Vaquez e No-

bécourt, causa dei fatti emorragici, riesce assai facile comprendere come la sottrazione sanguigna rilevante, che il parto, e le prime giornate di puerperio inducono, debba, in modo benefico, abbassare tale pressione, diminuendo assai prontamente i pericoli di quelle emorragie viscerali, che tanto aggravano la prognosi materna. Credo di non andare errato affermando che tale perdita sanguigna rappresenti parte dei vantaggi, clinicamente ben accertati, etiologicamente tanto oscuri, portati dal parto: con essa, difatti, viene anche ad essere eliminata una quantità considerevole delle tossine convulsivanti presenti nel circolo generale. Nel periodo del secondamento la donna perde, secondo Mangiagalli, Zinnstag e Schauta circa 600 gr. di sangue, cifra che, secondo Gassner, sommando la perdita lochiale dei primi tre giorni di puerperio, sale a circa 1000 gr.; e siccome Bouchard trovò che in 32 gr. di sangue, tolto ad un uremico, si contengono 50 centigr. di materie estrattive, così, in tale periodo la donna viene ad essere liberata, approssimativamente, di gr. *15. 60* delle materie stesse.

Queste modificazioni, che il parto induce nella circolazione e composizione del sangue, a mente mia, valgono assai bene a spiegare la maggiore benignità delle forme iniziate *intra partum:* la loro benefica influenza, esplicandosi a tutta vicinanza delle cause che hanno determinato l'accesso, le allontana prima che esse abbiano avuto tempo di stabilire quelle profonde lesioni viscerali, che sono la causa principale della morte della paziente.

Ma, la frequenza, pur sempre grande, con cui l'accesso convulsivo insorge a travaglio dichiarato, od anche giunto alle sue ultime fasi, non permette il dubbio che si tratti di una concomitanza accidentale, e lascia credere che i fenomeni stessi del parto possano, talora, costituirsi cause determinanti l'insorgenza della convulsione.

Tibone, analizzando le condizioni del deflusso orinoso in soprapparto e riferendosi agli studii di Halberstma, Ludwig, Löbel, Hermann, Guyon ed Albarran sulla pressione intravescicale nei varii periodi del parto, è portato ad ammettere che la contrazione uterina possa, talora — specialmente nelle primipare — sospendere lo scolo dell'orina, determinando, così, l'albuminuria transitoria delle partorienti ed, anche, lo scoppio della convulsione.

Senonchè resta a precisare se la compressione vescico-ureterica, in soprapparto, basti alla provocazione della scarica convulsiva, oppure

ne sia soltanto — come, ad es., vorrebbe il Bonneu — una causa coadiuvante.

Questo dubbio è sollevato dal fatto che, generalmente, in grazia della latero-versione destra dell'utero gestante, uno solo degli ureteri risente la compressione del viscere, come dimostra la frequenza del reperto necroscopico della dilatazione unilaterale del condotto orinifero: data la vicarietà grande della funzione renale è lecito dubitare che la stasi conseguente, in un solo rene, possa, *da sola*, condurre a tale insufficienza da determinare un accesso uremico.

Allo scopo di stabilire quanta parte l'ostacolo al deflusso orinoso abbia nella genesi dei fatti convulsivi, istituii le seguenti esperienze:

IV.ª Serie: *Legatura di un uretere ed intossicazione dell'animale.*

Aperto l'addome di un coniglio adulto, osservando le solite cautele antisettiche, praticai, con un filo di seta, l'allacciatura dell'uretere di destra, a pochi millimetri dal suo ingresso in vescica e, quindi, la chiusura accurata della ferita laparotomica. Tenni la narcosi leggierissima per evitare possibili lesioni renali da tale causa. Il coniglio si riebbe subito, dimostrando, nelle ore successive, la consueta vivacità ed il solito appettito. Dieci ore dopo l'atto operativo, inietto sottocute, due grammi di carbaminato d'ammonio in 10 gr. di veicolo; dopo altre due ore ripeto l'iniezione della stessa dose di sale ed, in breve tempo, compaiono gli accessi convulsivi tonico-clonici, con carattere schiettamente eclampsico, i quali, nello spazio di 2 1[2 ore si ripetono otto o nove volte, e conducono l'animale a morte.

Alla necroscopia trovasi una congestione spiccata di tutti i visceri e lieve raccolta liquida nelle cavità sierose; in vescica, poca orina; l'uretere di destra, al disopra del laccio, è dilatato tanto, da raggiungere il calibro di una penna d'oca; dilatata, pure, per raccolta orinosa, è la pelvi renale omonima; il rene destro, in complesso, ha volume doppio del sinistro.

L'esame istologico del fegato e dei reni dimostra: *a) Fegato:* Non vi sono emorragie, nè infiltrazioni parvicellulari perivasali; nulla a carico del connettivo interstiziale. Gli epitelii sono ben conservati. Notasi, solo, che i canalicoli intercellulari sono più ampii del normale e che vi è forte congestione vasale. — *b) Reni:* A sinistra, congestione dei vasi e lieve stato granuloso degli epitelii dei tuboli contorti: a destra è assai avanzata la degenerazione granulosa delle cellule dei tubi contorti ed un po' minore, ma pur grave, nei tubuli retti. I nuclei si colorano male ed i limiti fra cellula e cellula sono male distinti. I

glomeruli presentano le anse moderatamente distese da sangue e, pure distesi sono i vasi in tutto il resto della glandola. Non vi sono ben manifeste emorragie. Il connettivo interstiziale è normale.

Ripetuta l'esperienza su altri due animali, ottenni sempre l'insorgenza della convulsione, usando da 4 a 6 gr. di sale. Questa dose, da sola, nè da sola, nel limite di tempo surriferito, la legatura unilaterale dell'uretere, bastò alla provocazione dell'accesso. I due fatti, dunque, ottengono lo scopo solo associati, ossia — in altri termini — una tossiemia da eccesso in circolo di un prodotto intermediario del ricambio azotato, per se stessa non sufficiente allo sviluppo di fenomeni convulsivi, lo diventa per l'aggiungersi di un ostacolo meccanico alla parziale eliminazione dei prodotti della secrezione renale.

Potrebbe osservarsi che, nella gravida, la sola compressione ureterica possa bastare all'insorgenza dell'accesso, senza che, necessariamente, esista uno stato tossicoemico da prodotti intermediarii, data la preesistenza al travaglio, dell'alterazione renale gravidica, che avvia l'organo all'insufficienza funzionale e ne vieta la funzione vicariante; ma l'obbiezione perde valore quando si pensa che, quando pure esista una grave lesione renale, questa devesi considerare come già secondaria alla tossiemia creata dalle turbe, riferite del chimismo organico.

***

Sintetizzando le esposte dottrine ed i risultati delle esperienze da me istituite, il concetto etiologico dell'eclampsia puerperale si riassume nelle seguenti proposizioni:

Le fonti prime dell'intossicazione eclamptogena sono rappresentate dalle modificazioni gravidiche materne del ricambio materiale. Le nuove condizioni meccaniche e chimiche, in cui sono messi i sistemi funzionanti materni dallo sviluppo ovulare (funzione respiratoria, digerente, nervosa, degli emuntorii, discrasia sanguigna) da una parte; le aumentate esigenze d'ossidazione richieste dall'aumento di ricambio dei nuovi tessuti materno-fetali, dall'altra, conducono, come risultante, ad un ricambio incompleto, per cui le ultime fasi delle metamorfosi regressive non sono raggiunte che in grado difettoso. La diminuzione dell'eliminazione d'urea ne è una prova. Ne deriva un accumulo, nell'organismo gestante, di prodotti intermediarii, dei quali, quelli del ricambio azo-

tato hanno principalissima importanza, per il loro potere tossico, convulsivante. A questi prodotti hanno riconosciuta dignità patogenetica dell'eclampside, Stumpf (1886), Bouchard (1885-87), Vallejo Lobon (1886), Rivière (1888), Bento Alcina (1888), Massén (1892-93-96), Davis (1894), Ludwig e Savor (1893), Woyer (1895), Jones (1896), Saft (1896), Lindfords (1896), Charpentier (1896) e Kollmann (1897).

La questione se tali prodotti tossici conducono all'accesso in modo primitivo, per la loro azione convulsivante, oppure, soltanto dopo avere alterato e resi insufficienti gli emuntorii, va risolta nel senso che essi — od, almeno, alcuni di essi, quali il carbaminato d'ammonio, che è un rappresentante della numerosa ed indefinita serie di prodotti d'ossidazione dell'albumina organica — possono, già per se stessi, provocare l'accesso ed, anche, la morte, intossicando, in modo acuto, il sistema nervoso, o condurre agli stessi effetti, dopo avere alterato, più o meno profondamente, gli emuntorii.

I reperti esperimentali dell'avvelenamento acuto e lento, con tali tossici, riproducono e spiegano tutte le varietà riscontrate nella figura anatomo-patologica dell'eclampsia (Massén, I.ª e II.ª serie delle mie esperienze).

Delle alterazioni istologiche di comune trovato nelle donne morte eclampsiche, alcune precedono ed altre sono secondarie all'accesso convulsivo: da questo sono causati i fatti emorragici multipli, nei diversi organi dell'economia, per il perturbamento grave del circolo e della pressione endovasale, concomitanti, mentre che alla tossiemia gravidica debbono attribuirsi i gradi, più o meno intensi, di necrosi cellulare, analogamente a quanto si osserva in ogni tossiemia (III.ª serie delle mie esperienze). Si comprende, in tal modo, come possa darsi eclampsia senza distruzioni emorragiche parenchimali (Vinay).

Se la tossiemia da uree incomplete, perdurando, ha già cagionato un logorìo dei parenchimi — e, specialmente, degli emuntorii — l'aggiungersi di una produzione tossica d'altra origine, che, da sola, non basterebbe, forse, all'insorgenza della convulsione, può determinarla. I prodotti di un'abnorme, esagerata putrefazione gastro-enterica ed i principii, pure velenosi, dell'orina, quando siano parzialmente trattenuti in circolo da un qualsiasi ostacolo alla loro eliminazione, rappresentano queste nuove possibili origini tossiche, a contegno convulsivante.

Che i prodotti di un'esagerata putrefazione gastro-enterica pos-

sano costruirsi fattori determinanti la convulsione hanno ammesso Auvard (1881), Léonard (1887), Morisani (1887), R. Jardine (1891), Parcker (1891), Lefloch (1895-96), Fochier (1896) e Geyl (1897). Tale credenza trova appoggio nelle analogie intime fra l'eclampsia delle gestanti e dei bambini (R. Jardine, Mya); nell'efficacia terapeutica, pronta, della dieta lattea e di una energica disinfezione del tubo digerente (Tarnier, Sené, Léonard, Inverardi); infine, nella dimostrazione diretta, in taluni casi accertabile, di forte aumento, nelle orine, di acidi solfo-coniugati (Merletti).

Che, in secondo luogo, la tossiemia già incoata, per le anomalie del ricambio, possa, repentinamente, aggravarsi e fare esplodere la scarica convulsiva quando un ostacolo meccanico, rappresentato dall'utero gravido e, specialmente, in contrazione di parto, impedisca la parziale eliminazione dell'orina, induce a credere la frequenza di reperto di dilatazione di uno, od entrambi, gli ureteri, il beneficio, spesso immediato, che ottiene la evacuazione e, quindi, riduzione dell'utero, l'aumento della quantità delle orine eliminate, nonchè la IV.ª serie delle mie ricerche. Appoggiano tale veduta etiologica, ritenendo la compressione degli ureteri, quali causa esclusiva, e quali causa, almeno, coadiuvante dell'insorgenza della convulsione C. Braun, Halberstma (1871), Thomas, Morisani (1878), Löhlein (1874), Olshausen, Kucher (1883), Marfan (1885), Pozzoli (1888), Falaschi (1889), Halle (1892), Aldrich (1892), Tibone (1894), Favre (1893), e Steinbüchel (1895).

Insomma, già prima che l'accesso convulsivo esploda, la donna è « eclampsica »: la fenomenologia dell'insulto convulsivo, con cui si palesa l'intossicazione fino allora virtuale, latente, si dispiega quando i prodotti intermediarii del ricambio — specialmente, azotato — hanno raggiunto un tale accumulo, da eccitare la scarica nerveo-muscolare, oppure, ad essi si aggiungono altri tossici convulsivanti d'origine intestinale od orinaria. Seguendo il ciclo delle trasformazioni, che dall'albumina alimentare conducono al suo prodotto regressivo ultimo, l'urea, vediamo — come fatto primo e costante — verificarsi, in ogni gravida, un accumulo, più o meno intenso, dei prodotti intermediarii di tali trasformazioni ed, attorno ad esso — come fatti frequenti e, pure, patogenicamente importanti — l'aggiungersi di un eccesso dei prodotti delle prime (sistema digerente) od ultime fasi (sistema orinario) dell'ossidazione albuminoidea stessa.

***

Noi siamo, così, giunti ad un concetto patogenetico unitario dell'eclampsia, che — se il giudizio non erra — comprende e spiega ogni fatto che la clinica e l'anatomia patologica ha ben accertato intorno a questa forma morbosa.

Data la duplicità delle cause capaci di determinarla (turbe meccaniche e chimiche indotte dallo sviluppo utero-ovulare) si comprende, facilmente, perchè le primipare siano rappresentate da un procento tanto superiore che le pluripare (86. 3 0[0 secondo Braun, 79. 5 0[0 secondo Zweifel, 74 0[0 secondo Olshausen): in esse, alle comuni alterazioni del ricambio materiale, si aggiunge il disturbo al circolo fecale ed al deflusso orinoso, assai più risentito, in causa della rigidità, non ancora vinta, delle pareti addominali, del precoce impegnarsi della presentazione e della maggiore durata del soprapparto. Questo prevalere delle influenze meccaniche nella genesi dell'eclampsia delle primipare ci spiega, anche, la relativa benignità che, in clinica, ci è dato, generalmente, constatare nelle stesse: tali influenze, appunto, in grazia della loro natura meccanica sono, senza confronto, più prontamente e facilmente removibili che non gli effetti di un chimismo organico profondamente alterato, il quale abbia già compassionato i sistemi dell'economia, come, più spesso, si verifica nella patogenesi dell'eclampsia delle pluripare.

Una tale spiegazione della maggiore frequenza dell'eclampsia nelle primigestanti, in genere, trova una valida conferma in quanto si è osservato nelle primipare attempate. Il mio amato Maestro, il chiarissimo prof. Truzzi, il quale si è occupato, in un poderoso lavoro di analisi esauriente delle vicende generative in queste ultime (1), ha potuto constatare come, in esse, l'albuminuria e l'eclampsia si osservano con una frequenza tripla che nelle primipare di età media. Egli trovò, difatti, in 1333 primipare adulte, 27 volte l'albuminuria (2. 02 0[0) e 12 volte l'eclampsia (0. 9 0[0), mentre in 226 primipare attempate, la prima è presente in 16 casi (6. 01 0[0) e la seconda in 5 (1. 87 0[0).

Ed il Truzzi, nella critica che istituisce per la valutazione di queste

(1) E. Truzzi. « Primipare attempate. » Milano, Tip. Rechiedei, 1889.

cifre, spassionata, certo, perchè non guidata da preconcetto in favore dell'una o dell'altra delle teorie allora correnti sull'eclampsia, crede, appunto, che tale maggiore frequenza debba essere riferita, oltrechè ad una più accentuata discrasia sanguigna gravidica, anche a maggiore disturbo dell'idraulica renale, ad eccessiva pressione intraddominale ed a maggiore durata del parto nelle attempate. « Frequenti volte — egli dice — ebbi occasione di notare la coincidenza di tali forme morbose (albuminuria eclampsia) con una speciale resistenza delle pareti addominali, coll'assoluta assenza di smagliature. »

Questo aumento progressivo dell'eclampsia, parallelo alla maggiore difficoltà del circolo sanguigno, fecale, orinoso, sembrami deponga, troppo evidentemente, per un nesso etiologico fra le ammesse influenze meccaniche e l'insorgenza della convulsione.

La duplicità, accennata, della natura dei momenti etiologici, chiarisce, anche, come l'espletazione del parto sia, spesso, pronta di beneficio, ma, talora, questo non si riveli affatto, o solo minimamente.

La più intensa pressione endo-addominale portata dal maggiore volume uterino e la durata maggiore del soprapparto nei casi di gravidanza composta, ripercuotendosi dannosamente sulla funzione digerente ed orinaria, rendono ragione come tale fatto figuri nelle cause predisponenti dell'eclampsia; risulta, infatti, dalla statistica di Olshausen che, di 200 donne eclampsiche, 5 portavano un prodotto multiplo.

L'insorgenza della convulsione è eccezionale prima del 2.° mese (2 su 100 casi) e raggiunge il massimo di frequenza verso termine, se non, come altri vorrebbe, al momento del parto; nè il fatto sorprende, pensando, come, appunto, coll'ingigantire dei tessuti utero-fetali, vadano progressivamente accentuandosi lo squilibrio fra esigenze fetali d'ossidazione e capacità materne di provvedervi, la conseguente tossiemia gravidica e gli impedimenti alla funzione gastro-enterica ed orinaria. Tanto vero questo, che, quando tali impedimenti siano risentiti in epoca precoce in causa delle accennate condizioni dell'organismo delle primigestanti attempate, con maggiore facilità è dato osservare l'insorgenza eccezionalmente antecipata dell'attrezzo convulsivo: Truzzi, nel citato lavoro, riferisce — ad es. — di un caso, in cui tale insorgenza avvenne al principio del 4.° mese, e fu tanto grave che l'avvenuta interruzione della gravidanza non bastò a salvare la paziente.

Nè meno facile ci riesce lo spiegare l'efficacia infallibile della

dieta lattea, a tempo istituita: il latte, poco putrescibile, molto assimilabile e modicamente diuretico, porta sollievo alla funzione digerente, alla orinaria ed al ricambio dei tessuti, che sono, appunto, i tre fattori principali che noi crediamo causali dell'eclampsia.

Un ultimo fatto, che riceve schiarimento dalle ammesse alterazioni gravidiche del ricambio materiale e, forse soltanto da esse, è l'aumento assoluto, progressivo, della frequenza dell'eclampside che, in quest'ultimi anni, si è constatato da parecchi osservatori (Peter, Bidder, Mangiagalli). L'esacerbarsi continuo della lotta per la vita, che obbliga molte donne, ancorchè gestanti, ai lavori faticosi negli ambienti viziati delle officine, che minora i mezzi di nutrizione ed accumula le popolazioni negli antigienici quartieri delle grandi città, dà ampia spiegazione del rendersi, più spesso che per l'addietro, morbosa la funzione procreatrice per una grande classe sociale.

***

Sul tripode patogenetico soprariferito, ci è permesso stabilire i seguenti postulati: *a*) la più razionale ed efficace terapia dell'eclampsia puerperale è la profilattica; *b*) la profilassi deve essere diretta a facilitare i processi del ricambio materiale, specialmente l'azotato, ed a mettere il sistema digerente ed orinario nelle migliori condizioni per il loro normale funzionamento.

La cura preventiva, se rappresenta l'ideale terapeutico di ogni stato morboso, acquista, nell'eclampsia, il valore di una necessità. È necessario impedire che l'eclampside, dallo stato virtuale, latente, passi a malattia conclamata: l'anatomia patologica, la clinica, i risultati stessi delle terapie, fin qui preconizzate, ce lo dimostrano. Quando i fattori etiologici hanno raggiunto la potenzialità di provocare l'accesso convulsivo (il sintoma, che consacra la diagnosi della forma morbosa, che ci occupa) nuove lesioni parenchimali si stabiliscono, che moltiplicano la gravità del pronostico, una nuova, imponente sintomatologia si esplica e l'intervento curativo apporta scarso beneficio, se argomentiamo dall'ancora elevato procento di mortalità (35 0[0 secondo Löhlein).

Hanno sostenuto la superiorità della terapia « profilattica » in confronto della « curativa » Fry (1885), Haultain (1891), Herrgott (1893), Charpentier (1893-96), Stanton (1893), Huchard (1895), Brindeau (1895), Mangiagalli (1896), Crouzat e Pouz (1887) ed Upshur (1897), e nell'effi-

cacia di essa riposero, almeno, grande fiducia Barcker (1878), Masmann (1878), King (1887), Rivière (1888), Arnaud (1892), Plicque (1892), Menager (1893), Lang (1893), La Torre (1895), Volkmar (1895), Lindfords (1896), Pestalozza (1896), Lambotte e Ley (1897) ed Oui (1897).

Il campo d'azione di una tale profilassi è assai vasto. Minorare l'influenza nociva delle inevitabili cause predisponenti, impedire lo stabilirsi delle accidentali cause determinanti, ecco il suo compito: e, poichè, l'eclampsia trova la sua prima origine nelle nuove condizioni del ricambio materiale indotte dalla gestazione e frequente provocazione nel fenomeno del parto, così, la profilassi deve essere istituita in ogni gestante, larga di maggiori sussidii, quando siano in atto le prime avvisaglie della tossiemia e, queste esistendo, sopratutto vigile ed attiva in soprapparto.

Una razionale igiene della gravidanza, intesa a facilitare la funzione dei singoli apparati organici — in ispecial modo del digerente — ed a rendere più completi i processi della metamorfosi regressiva, varrà, spesso, ad evitare che la tossiemia gravidica si stabilisca: quando, ciò non ostante, essa si verificasse, l'impiego di risorse mediche potrà, ancora, in parte, allontanarne le cause e neutralizzarne gli effetti: questi permanendo, un intervento attivo, in travaglio di parto, ovvierà alla nociva influenza da questo esercitata.

In base alle risorse, di cui dispone, la profilassi dell'eclampsia puerperale, va, quindi, distinta in: 1) profilassi igienica; 2) profilassi medica; 3) profilassi ostetrica.

***

1.° Profilassi igienica. — Nel dettare le norme igieniche convenienti perchè la gestante sfugga alle nocive influenze, che conducono alla tossiemia, si dovrebbe tener conto, anzitutto, della condizione sociale da essa occupata. È troppo evidente che la donna popolana, contadina, od operaia richiede altri precetti, nè potrebbe uniformarsi a quegli stessi, che si addicono alla signora da salotto, alla cittadina: nelle prime è il sovraccarico fisico; nelle seconde, piuttosto, è il *surménage* psichico, che va corretto.

Prescindendo, tuttavia, dalle peculiarità dei casi singoli, nei quali il medico troverà, facilmente, l'esatto indirizzo, possono accettarsi, come generali, le seguenti indicazioni igieniche.

I sistemi funzionanti materni che, in grado maggiore o minore, sono compromessi dallo stato gravidico, dovranno mantenersi nelle condizioni migliori per l'esplicarsi della loro attività. La funzione *emuntoria cutanea* sarà favorita da vesti piuttosto abbondanti, lassamente sostenute, che impediscano le assai dannose perfrigerazioni, le quali ne affievoliscono, od anche, ne sopprimono le secrezioni; — il circolo periferico non dovrà incontrare alcun ostacolo in giarrettiere, o cinture eccessivamente strette, che cagionerebbero stasi sanguigna e conseguente ipofunzione; — la scrupolosa nettezza personale o, meglio, l'uso sistematico di bagni generali alla temperatura di circa 34° e durata di pochi minuti, manterranno aperti gli utili sbocchi dei condotti delle glandole, e, di queste stimoleranno, beneficamente, l'attività.

Una buona ventilazione polmonare, coefficiente principalissimo dell'ossidazione organica, sarà ottenuta, a domicilio, dalla rinnovazione dell'atmosfera degli ambienti e dal soggiorno alterno, per le cittadine agiate, in campagna. L'astensione della gestante dal lavoro delle officine, in cui si svolgono pulviscoli, o gas dannosi alla funzione del respiro, sarà consigliata, compatibilmente colle esigenze della vita materiale: l'impiego della donna nelle industrie, dianzi privilegio dell'attività virile, che ha sollevato tante questioni di economia sociale, dovrebbe, anche più che non si faccia, interessare l'igienista, ritornando esso alle famiglie una falange di cloro-anemiche, per le quali la funzione procreatrice segna, ineluttabilmente, uno stato morboso. Una passeggiata, al mattino, nelle stazioni temperate, per le abbienti; un bagno di sole e di luce fra i campi, nel riposo festivo, per chi è costretta ad un monotono lavoro settimanale, fruttano all'economia organica ristoro maggiore d'ogni sussidio farmaceutico. Huchard (1895) e Brindeau (1895), che si occuparono, in particolare modo, dell'igiene della gestante, in rapporto alla genesi dell'eclampsia puerperale, insistono, giustamente, sull'influenza grande che una buona aerazione esercita sui processi d'ossidazione organica: una buona ematosi risparmia, spesso, alla gestante, l'anemia, madre diretta della tossiemia.

I teatri, i convegni popolati non si addicono alla gestante, non soltanto perchè ambienti viziati, ma, anche, perchè fonti di emozioni psichiche, che dannosamente si ripercuotono sulle funzioni della vita organica.

Ma, dove la profilassi igienica può e deve dispiegare, in grado

massimo, i suoi beneficii, è nel regime dietetico. Senza pretendere che la gravida debba essere costretta ai limiti di una razione, o di restrizioni assolute, devesi, tuttavia, riconoscere che una selezione alimentare è resa conveniente dalla compromessa funzione digerente e dalle nuove condizioni del ricambio materiale. H. Gillet (1) così si esprime in proposito: « La femme enceinte a besoin d'une ration forte, mais sans exagérations; il ne faut pas, comme le dit le public, qu'elle mange pour deux. Comparée à celle de l'homme, la ration de la femme se reduit à:

Albuminoïdes	gr.	90
Graisse	»	40
Hydrates de carbone	»	400

Dans la grossesse, cette ration doit subir une augmentation, mais toutefois légère, car si la femme doit fournir aux tissus du foetus, elle est par contre, en raison de son état même, moins active. »

Un buon governo dietetico deve, da una parte, sostenere la vita plastica, alimentare i processi chimici, mantenere la endosmosi e la esosmosi e, dall'altra, allontanare ciò che nuoce ed introdurre ciò che giova e necessita. Le nuove condizioni della digestione e del ricambio nella gestante mi ricordano un prolegomeno di Arnaldo Cantani al suo « Trattato di materia medica e terapeutica »: « Quando — egli dice — esistono indicazioni per non caricare l'organismo di *alimenti plastici* (che richiedono le maggiori trasformazioni chimiche per la loro assimilazione e danno luogo a maggiore quantità di prodotti regressivi e, quindi, dannosi) dovremo ricorrere, in prevalenza, agli *alimenti respiratorii* (zucchero, amido, alcool, grassi), perchè rendono possibile una minima introduzione di proteici (azotati), impedendo, per la loro maggiore affinità coll'ossigeno, che la facoltà ossidante dell'organismo si riversi sopra gran parte delle sostanze azotate del corpo e ne limitano il consumo. Nel dietetico, quindi, primo, per importanza, il latte, amalgama preziosa — direi — di tutti quegli elementi nutritizii, che necessitano al sostenimento della vita plastica (proteici, grassi e molti anorganici). Pel mantenimento dell'endosmosi e dell'esosmosi è indispensabile l'acqua: tutte le sostanze destinate all'eliminazione, che,

(1) H. Gillet. « Formulaire des régimes alimentaires à l'état de santé et à l'état de maladie. » Paris, 1897.

trattenendosi più a lungo, avvelenerebbero il corpo, vengono eliminate mercè l'acqua, in cui sono sciolte. Là dove tali sostanze regressive tendono ad accumularsi devesi, perciò, abbondare nel concedere acqua all'organismo; l'eliminazione è favorita. »

Questi precetti dell'illustre terapista, che tanto bene si attagliano alle esigenze dell' organismo gravido, ne indirizzano il governo dietetico. Fra gli elementi di comune impiego daremo la preferenza a quelli, in cui gli idrocarburi prevalgono sui proteici, largheggiando nelle bevande coll'acqua, perchè veicolo all'eliminazione tossica.

Riportandomi ad analisi di Moleschott, Barral, Hoffmann e Pouchet, nella selezione alimentare ci atterremo alle seguenti norme: Delle carni, le bianche, in genere, sono più congrue che non le pigmentate; degli altri alimenti animali, d'uso comune, il cervello di bue occupa il primo posto, perchè ricchissimo di grassi, con una quantità media di sostanze azotate; segue il fegato (di montone, di vitello, di bue, di porco) perchè, in esso, le sostanze azotate sono scarsamente rappresentate e, copiosamente, i grassi; incongrua la carne di piccione e delle selvaggine, in genere, in cui questi rapporti sono marcatamente invertiti. Delle ova giova ricordare che l'albume abbonda di principii azotati ed il tuorlo, invece, di sostanze grasse (Gobley). I pesci, i crostacei ed i molluschi saranno parcamente usati, contenendo un minimo di idrocarburi (eccettuata l'anguilla) ed un massimo di sostanze quaternarie: nè va dimenticato che, per poco siano avviati fatti di decomposizione organica, si generano, in essi, principii altamente tossici ed alteranti il filtro renale. Ottimo l'uso dei legumi, possedendo — in media — $^{569}/_{1000}$ parti di idrati di carbonio e $^{234}/_{1000}$ di albuminoidi. Indicate le frutta, ben mature, perchè assai zuccherine, meglio se cotte, acquistando, allora, utile proprietà lassativa. Ai formaggi fermentati si preferiranno i giovani, assai meno tossici, specialmente pel filtro renale.

Speciale cura nella scelta del dietetico, si dovrà porre quando vi sia albuminuria di un certo grado e persistente. Il prof. Petteruti, il quale, recentemente, ha studiato l'influenza di varie cure dietetiche e medicinali sull'albuminuria (1), ha trovato che la peggiore dieta è data dalle carni arrostite; la dieta di carni bollite, brodi leggieri e farinacei

---

(1) Petteruti. *Giornale intern. di Scienze Mediche*, fasc. 20, 1897.

non peggiora sensibilmente le condizioni morbose del rene, e lo stesso si dica per le ova: si farà, invece, parco uso di erbe, essendo ricche di sali di calcio e di potassio, i quali ultimi, specialmente, hanno nota azione alterante sul rene.

Volendo riassumere, diremo che gli alimenti più congrui per la gravida debbono essere facilmente *digeribili* ed *ossidabili*, non *stittici*, non *tossici*.

***

2.° Profilassi medica. — Le norme igieniche esigeranno il conforto dei sussidii medici, alle prime avvisaglie che la tossiemia si va stabilendo. Di questa ci faranno accorti sintomi oggettivi e soggettivi. « La terapia preventiva » bene osserva il Mangiagalli « sarà tanto più benefica ed efficace se non sarà guidata e determinata, soltanto, dall'albuminuria, ma da tutte quelle condizioni e quei sintomi, che dimostrino deficiente la funzione renale, specie, se deficiente anche quella cardiaca, o che accennino ad intossicazione dell'organismo gravidico: disturbi simpatici accentuati, diminuzione dell'urina e dell'urea secreta, vomito insistente, cefalea, irritazioni nervee, turbe psichiche, ecc. »

La cura profilattica può ottenere il suo scopo battendo vie multiple e cioè: *a)* col diminuire la produzione tossica; *b)* abbassare il grado di tossiemia, diluendo, neutralizzando, od allontanando il tossico circolante; *c)* favorire e completare i processi delle metamorfosi organiche.

a) La sorgente più considerevole — e più accessibile — di produzione tossica, in gravidanza, vedemmo, in pagine precedenti, essere il tubo gastro-enterico, dove, pel fatto primo del ristagno abituale degli ingesti, si svolgono abnormi prodotti di decomposizione organica. L'intervento curativo dovrà, perciò, essere diretto a rendere più attivo il circolo alimentare ed a diminuire l'intensità delle fermentazioni gastro-enteriche.

Impiegheremo, al primo intento, i purganti blandi e, di questi, ricordo, come sovrano, la cascara sagrada, la quale, e per mia esperienza e per affermazione d'altri, soddisfa egregiamente allo scopo: un cucchiaio da caffè di estratto fluido al mattino, a digiuno, ottiene evacuazioni poltacee moderate ed indolore; l'efficacia è costante e l'uso, anche protratto, non cagiona inconvenienti di sorta. Saranno evitati i drastici,

sia per la dannosa congestione pelvica, che apportano, sia perchè vulnerano la mucosa intestinale, diminuendone il potere protettivo, e sottraggono, in misura eccessiva, i succhi del tubo digerente, i quali, secondo vedute moderne (1) contribuiscono all'attenuazione delle tossine in esso presenti.

I lassativi verranno, ancora, con vantaggio associati ai disinfettanti ed ai carminativi, esistendo quasi sempre, concomitante alla stipsi, un certo grado di meteorismo, soggettivamente molesto e dannoso (2).

Nel combattere le abnormi fermentazioni gastro-intestinali, ci atterremo ai concetti terapeutici, oggidì correnti. Ferranini (3) così li riassume: « L'esperienza dimostra sommamente utili la dietetica prevalentemente lattea, l'uso di molta acqua potabile, purchè la meno microbica possibile e la enteroclisi, anche di sola acqua, senza l'aggiunta di alcun farmaco, purchè sia enteroclisi, nel senso che, in luogo di iniettare semplicemente il liquido, successivamente si introduca e si espella varie volte, in modo da lavare lo intestino, come si fa per una piaga esposta all'aperto, bene inteso, colle dovute cautele. — Orbene, in tutto ciò, si tratta di più di asepsi, che di antisepsi. — Che, se vogliamo, ad ogni costo, porre mano ai farmaci antisettici, senza lasciarci imporre dai non pochi fenomeni di intolleranza dovuti al loro uso, la esperienza passata, sulla base delle variazioni degli eteri solfoconiugati nell'orina, già ricorda che un identico antisettico intestinale, se è amministrato per la via dello stomaco, inibisce, ben poco, i processi tossico-putridi nell'interno dell'intestino, laddove riesce là efficace, se adoperato come enteroclisi; questa, da sola, senza l'aggiunta di alcun medicamento, od un buon purgante, diminuiscono il numero dei microbi nel contenuto intestinale, meglio di quel che facciano gli farmaci antisettici, se amministrati per la via dello stomaco. Tra i marosi di questi risultati obbiettivi, degli antisettici dell'apparato digerente, due soli si salvano: l'*acido cloridrico*, per lo stomaco, cioè il

---

(1) Charrin. « Le difese dell'organismo per parte dell'apparecchio gastro-intestinale. » XII Congresso Internazionale di Medicina, Mosca, 1897.

(2) In caso di torpore intestinale con modico meteorismo, mi servo, con vantaggio, della seguente formola: Cascara sagrada grammi 0,10 — β Naphtol gr. 0,20 — Carbone vegetale gr. 0,30. M. f. una polvere. S. una al mattino, nell'ostia, in abbondante veicolo.

(3) Ferranini. Relazione tenuta al VII Congresso di Medicina Interna a Roma. Vedi, anche, *Riforma Medica*, N. 249, 1896.

giustiziere naturale dei microbi, posto alla porta d'entrata del tubo gastro-enterico e l'*acido lattico,* per l'intestino, cioè quell'acido che, fisiologicamente, inibisce, nel tenue, la decomposizione putrida degli albuminoidi. Alla limonea cloridrica, di uso antico, aggiungiamo l'acido lattico, illustrato, nella sua efficacia, dalle ricerche moderne, e ne risulta una limonea, che può dirsi cloridro-lattica, e rappresenta, oggi, il farmaco antisettico intestinale preferibile nella maggioranza dei casi, a condizione che, per essere realmente efficace, venga amministrata a dose generosa ed in modo continuo; due a quattro grammi, ogni 24 ore, ma ben diluiti in pozioni diverse, non sono dose troppo spinta, neppure nei bambini. — In altri termini, tra tutta l'antisepsi intestinale farmaceutica sopravvivono, esclusivamente, quei mezzi naturali, che la biologia prova concorrere efficacemente, in condizioni normali, a conservare il meno settico possibile, l'ambiente delle vie digerenti. »

Riassumendo: i purganti blandi, la enteroclisi, la limonea cloridro-lattica rappresentano risorse farmaceutiche preziose per la profilassi dell'intossicazione d'origine gastro-intestinale, tanto facile a verificarsi nelle gravide. Tali risorse corrispondono, nella loco efficacia e nel loro meccanismo d'azione, ai drastici [Tarnier (1875), Berry (1878), Massarenti (1884), Lang (1892), Lanceraux (1893), Green (1893), Lehmann (1894)], alle entero- e gastroclisi ripetute [Sené (1895), Fochier (1896)] ed agli energici antisettici (E. Fabbri, Inverardi) che, con tanto vantaggio, si impiegarono ed impiegano ad eclampsia conclamata.

b) Lo stato tossicoemico, ho detto, può essere combattuto con mezzi capaci di neutralizzare, diluire, od allontanare le tossine, che lo mantengono.

La sieroterapia antitossica, che raggiungerebbe l'ideale terapeutico, rappresenta, ancora, un desiderato per l'eclampsia ed oggi, io non posso che condividere le speranze di Lindfords (1896) che, anche per essa, un giorno, quella sia donata alla scienza. Mi era venuto in animo di esperimentare sugli animali, intossicati con un'urea incompleta, l'antitetanina di Tizzoni, alla quale, or è poco, fu riconosciuta azione neutralizzante, anche per veleni convulsivanti chimici (stricnina): per le probabili analogie di origine corticale della scarica convulsiva tetanica, stricnica ed eclampsica, l'esperienza si mostrava logica. Il difetto di tempo mi vietò di attuare l'idea.

Restano, pertanto, i sussidii medicamentosi atti a diluire e ad

allontanare il tossico. La scelta del mezzo, parmi, debba essere subordinata allo stato del polso ed alla condizione degli emuntorii. Un polso permanentemente pieno e forte, dimostrante un' alta tensione vasale, consiglia l'impiego di mezzi capaci di abbassarla; l'integrità degli emuntorii (fegato, reni, cute) permetterà l'uso di sussidii valevoli ad attivare l'eliminazione tossica attraverso ad essi; mentre che una lesione, più o meno grave, dei medesimi (dimostrata da ittero, urolilinuria, albuminuria, cilindruria, stipsi, o diarrea, edema diffusi) inviterà più alla diluizione, che alla diretta eliminazione delle tossine circolanti. Nel primo caso il salasso; nel secondo i diaforetici ed i diuretici; nell' ultimo le iniezioni copiose di un liquido indifferente, trovano la loro razionale indicazione.

La pratica del salasso, comune, in passato, durante la gravidanza, è, oggidì, riservata, dai più, a convulsione scoppiata, della quale ostacola il ripetersi, abbassando la pressione sanguigna e sottraendo parte del veleno inquinante il circolo. In tale momento, la sua utilità è, generalmente, riconosciuta [Bonfigli (1870), D'Urso (1871), Balocchi (1871), De-Paoli (1871), Mendini (1871), Depaul (1876), Lanery (1886), Falaschi (1889), Rivière (1888), Robin (1893), Hergott (1893), Leod (1894), Mercer (1895), Vitanza (1896), Holmes (1896), Gibson (1896)] specialmente, quando esso sia associato a trasfusioni sierose [Plicque (1892), Maygrier (1893), Tarnier (1894-95-96), Mangiagalli (1896), Oui (1897) e Teysseyre (1897)]. (Una prova evidente dell'utilità del salasso ebbi ad osservare nel Dicembre u. s., in una primigestante, al 7.° mese, ricoverata nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma. Coi comuni mezzi farmaceutici, gli accessi convulsivi, anzichè affievolirsi, crescevano sempre più in frequenza e durata, tanto da aversene 18 in circa 5 ore, senza che la donna uscisse di coma. Si praticò, allora, un salasso, alla mediana cefalica di sinistra, ottenendo circa 250 gr. di sangue seguito da abbondante ipodermoclisi con acqua salata: l'effetto fu benefico ed immediato, tanto che, prima ancora che fosse ottenuta l'evacuazione dell' utero, non si ripeterono che due accessi convulsivi, di poca durata. Il miglioramento della donna fu progressivo ed essa lasciò l'Istituto in 15.ª giornata di puerperio).

Più questionabile è l'impiego del salasso a scopo profilattico. — Barnes (1895) e Schreiber (1895) lo praticano, in gravidanza, quando il polso palesi una forte tensione vasale. Se è vero che i diaforetici

ed i drastici agiscono beneficamente per la sottrazione tossica che inducono, il salasso, sotto questo punto di vista, dovrebbe tenere il primato, sapendosi, dalle ricerche di Bouchard, che 32 gr. di sangue, tolto ad un uremico, contengono 50 centigr. di materie estrattive, pari al contenuto di 280 gr. di liquido diarroico ed a 100 litri di sudore. Senza volere condividere l'opinione di Peter, che l'eclampsia puerperale vada facendosi sempre più frequente, pel solo fatto che « on ne saignait plus les femmes grosses » credo, tuttavia, che il salasso possa essere utilmente esperito in soggetti pletorici, nei quali siano presenti i sintomi di una intossicazione grave e l'imminenza del pericolo dello scoppio dell'accesso convulsivo.

La cura profilattica coi diaforetici — iniziata quando esista, più o meno grave, albuminuria — fu patrocinata da Masmann (1878) e lodata da Schauta, Prochownich, Welponer, Fehling, Popow, Fry, Haultani, ecc.... Varii inconvenienti furono, però, segnalati coll'uso del jaborandi e della pilocarpina, sicchè, nel contrasto dei pareri, io non mi saprei decidere al loro impiego: quando esista una lesione renale, Bozzolo (1) vorrebbe, ad essi, sostituito il bagno caldo, od il bagno a vapore.

Massima oculatezza esige l'impiego dei diuretici: utilissimi per la loro azione intrinseca, possono riuscire nocivi, od anche fatali, qualora tornino irritanti pel filtro renale. La funzione del rene dovrà, quindi, essere continuamente sorvegliata ed il rimedio tralasciato, al primo accenno di sua sofferenza: quanto più esso sarà blando, tanto più riuscirà efficace. I vantaggi che, sempre nel campo della profilassi, furono indicati per la dieta lattea [Tarnier (1875)] e per il cloralio [Arnaud (1892), Hergott (1893), Lehmann (1894), Upshur (1897)] debbono, appunto, essere, in parte, riferiti alla loro azione diuretica.

Latte e cloralio, rappresentano, a mio avviso, i due migliori sussidii per una sicura profilassi dell'eclampsia; da soli, o meglio associati, dopo pochi giorni dall'inizio del loro impiego, mettono la paziente al riparo dalle più alte manifestazioni della tossiemia, anche quando molti ed importanti sintomi dimostrino che essa si sia già ben stabilita.

È ben vero che la dieta lattea assoluta da molti non è tollerata, provocando disturbi gastro-intestinali sì da interdirne l'uso; però, non

---

(1) Bozzolo. « Sulla cura delle nefriti. » Relazione al 2.° Congresso di Medic. Internaz. in Roma, 1889.

è meno vero che tale tolleranza può essere assai migliorata mercè l'osservanza di alcuni ripieghi, che la pratica ha dimostrato assai vantaggiosi. Tarnier — ad es. — consiglia di arrivare alla dieta lattea assoluta solo per gradi, usando, pei primi giorni, una dieta mista; la bollitura, o meglio, la pastorizzazione (riscaldamento a 70° per tre quarti d'ora) tolgono, spesso, quelle fermentazioni acide, che rendono tanto mal tollerato l'impiego di tale alimento; l'addizione di qualche cucchiaio di alcoolici aromatici (rhum, cognac) ne migliora assai l'appettenza; la digeribilità sua, nonchè il suo potere diuretico, saranno aumentati coll'aggiunta di acque minerali alcaline (Vichy, ecc.).

Quando la dieta lattea fosse, ciononostante, impraticabile, oppure l'albuminuria si mantenesse in proporzioni allarmanti, sarà del massimo giovamento l'impiego del cloralio, alla dose di 4-5 gr. nelle 24 ore. Il Vinay (1) cita un eloquente esempio dell'efficacia e tolleranza di questo rimedio. « Io l'usai — egli dice — per un intiero mese, assieme al latte, in una giovane primipara che presentava una anasarca generale, bronchite con congestione polmonare, turbe digestive e cefalalgia; essa assunse, nel 9.° mese di gestazione, *120 grammi di cloralio,* ed il parto si compiè a termine, senza eclampsia, con nascita di un bambino in floride condizioni. »

Valore ed applicazione profilattica — a mia veduta — dovrebbesi, pure, concedere alle trasfusioni saline, le quali, diluendo il tossico circolante, lo mutano, da irritante, in semplice eccitante del filtro renale e ne permettono e facilitano la eliminazione: la loro azione, in ultima analisi, è diuretica, analoga a quella della dieta lattea. Penso che se ne otterrebbe efficacia ancora maggiore di quella già constatata per l'eclampsia conclamata. Come per questa si fece, si potrà scegliere la via ipodermica [Porak e Bernheim (1893), Wheeler (1893), Davis (1893), Ferré (1894-96), Mangiagalli (1894-96), Calderini (1894-97), Lefloch (1895-96), Queirel (1896), Audebert (1896), Chaleix Vivié (1896) e Teysseyre (1897)], o, più comodamente, la via rettale [Sené (1895) e Schmid (1897)].

Giova ricordare che, perchè alla diluizione segua l'eliminazione del tossico, è necessaria una certa forza del cuore ed una certa pressione arteriosa, che il medico deve studiarsi di ottenere, quando oc-

(1) Vinay. « Traité des maladies de la grossesse, etc. » Paris, 1894.

corra, colla somministrazione di adatti rimedii cardiocinetici (digitale, caffeina, strofanto, sparteina et similia) (Bozzolo).

c) Ed eccoci ad un ultimo, importantissimo compito della profilassi medica dell'eclampsia; quello di favorire e completare i processi delle metamorfosi organiche. Già vedemmo in che essi siano difettosi: per le condizioni fisico-chimiche, in cui si trova l'organismo gestante, le ultime fasi delle trasformazioni regressive non sono che imperfettamente raggiunte, e ne consegue un nocivo accumulo di prodotti intermediarii del ricambio materiale.

La razionalità di uno sforzo, inteso a favorire l'ossidazione organica, per completare la regressione dei suoi prodotti, oltrechè dagli esposti concetti patogenetici, è sostenuta da alcuni risultati terapeutici nell'eclampsia giunto al periodo convulsivo. In casi di gravità estrema, le inalazioni di ossigeno e la respirazione artificiale hanno ottenuto beneficii insperati, nelle mani di Lalkievich (1886), Fourrier (1888), Antonchewrich (1892), Robin (1893), Jaccoud (1893), Lefloch (1893-96), Macalister e Deas (1897).

Ma v'ha di più: la morfina, proclamata da Löhlein (1891) la migliore risorsa medica contro l'eclampsia puerperale; ritenuta da Gerdes (1891), sulla base di studii esperimentali, un vero antidoto del tossico eclamptogeno e lodata da Smith (1881), Berny (1893), Guer (1884), Winter (1894), Perrochet (1894), Mangiagalli (1894-96), Tweedy (1896) e molti altri, accanto all'azione ipnotica, sedativa dell'eccitato sistema nervoso, possiede la capacità di aumentare la eliminazione dell'urea, come hanno accertato studii inconfutabili di biochimica.

E la chimica fisiologica ci è larga di consiglio nell'indicarci le sostanze capaci di completare le ultime trasformazioni del ricambio azotato e, conseguentemente, aumentare l'eliminazione d'urea.

Anzitutto, le iniezioni di siero artificiale, oltrechè un'azione meccanica di diluizione e dinamica di eccitazione diuretica del rene, posseggono un'azione chimica, ottenendo, per fatto di disassimilazione, la formazione di urea completa da un'urea incompleta secondo la formola:

$$[CO\ (Az\ H_2)^2 + H^2\ O = CO^3\ (H_4\ O_2)^2]$$

Ur + acqua = carbonato d'ammonio

Le iniezioni saline sono, quindi, anche per questo riguardo, raccomandabili.

Il Fubini (1) esperimentando, con iniezioni di citrato di ferro, constatò che la secrezione dell'urea veniva attivata, nel rapporto di 100 : 119, calcolando 100 la quantità di urea emessa, nelle 24 ore, nelle condizioni normali. La cura ferruginosa riuscirà, perciò, assai utile nelle gravide dimostranti i primi segni della tossiemia, che è loro propria, e tanto più se cloro-anemiche.

Ottengono il medesimo effetto i cloruri alcalini, l'artificiale elevazione della temperatura del corpo mediante i bagni a vapore (Frey ed Heiligenthal), la caffeina, la codeina, la narcotina (Fubini), ed il biborato di sodio (Gruber).

Una nuova risorsa, larga di promesse, attuabile nelle Cliniche, è rappresentata dalle *correnti di Tesla*. Reale e De-Renzi hanno comunicato, all'ultimo Congresso Medico di Napoli, interessantissimi risultati sull'influenza, che tali correnti esercitano sul ricambio materiale: essi trovarono che *aumentano, in modo considerevole, i processi ossidativi organici*, ciò che si desume, nettamente, dalla diminuzione dello zolfo neutro, o non ossidato (acido solforico). In alcune esperienze hanno preso in considerazione anche il modo di comportarsi dell'acido ossiproteico, recentemente scoperto da Boudzunsky e Gottlieb e che, con tutta probabilità, rappresenta la sorgente principale dello zolfo neutro. Questo componente dell'orina diminuisce, anch'esso, della metà all'incirca, sotto l'influenza della corrente, ciò che conferma la cresciuta intensità delle ossidazioni organiche.

Non isfugge l'utilità, che è lecito sperare dall'applicazione di tali correnti all'organismo gestante, dove tutto cospira per rendere difettosa l'ossidazione di tessuti.

***

3.° Profilassi ostetrica. — Indipendentemente da qualsiasi teoria patogenetica, l'esperienza clinica ha osservato, da tempo, l'influenza benefica che il parto spiega, non solo sulla convulsione eclampsica, ma anche su quel corteo di turbe funzionali che l'accompagnano. Era quindi naturale la questione di opportunità dello svuotamento artificiale dell'utero, a scopo profilattico dell'accesso convulsivo. Tale que-

(1) S. Fubini. « Influenza del citrato di ferro sulla quantità giornaliera di urea emessa dall'uomo colle orine. » *Giornale della R. Accad. Med. di Torino*, 1883.

stione fu risolta in vario senso: fra il contegno precocemente attivo di alcuni (Möricke e Schröder) e l'astensionismo assoluto di altri (Martin e Löhlein) vi è l'opinione dei più, di un intervento condizionato, specialmente, allo stato degli emuntorii.

I segni premonitori dell'accesso sono forniti principalmente dal sistema nervoso ed orinario, ed è quindi sulla gravità loro che noi baseremo il giudizio d'opportunità d'intervento ostetrico.

In ogni caso è consigliabile far precedere l'impiego di tutti quei mezzi farmaceutici ed igienici, che sopra ricordammo.

Dalla terapia profilattica subito istituita ci è lecito molto sperare, non limitandoci alla sola dieta lattea, ma largheggiando col cloralio, colle trasfusioni saline, coi bagni a vapore e coi purganti energici. Anche nell'imminenza dei sintomi premonitori dell'accesso è mia convinzione che un salasso di 200-300 gr. di sangue possa spiegare la massima benefica influenza, abbassando la tensione arteriosa, permettendo una pronta eliminazione parziale del tossico e la diluizione ulteriore del medesimo. Nei casi suscettibili di guarigione mercè la semplice cura medica, il miglioramento delle turbe soggettive e funzionali (cefalea, ambliopia, edemi, dispnea, diminuzione dell'orina e dell'urea, albuminuria) non tarda a verificarsi, e pochi giorni continuati con tale trattamento, ci garantiscono che la convulsione non insorgerà.

Ma, qualora, il miglioramento tardasse a stabilirsi, e l'esame delle orine ci dimostrasse che le condizioni del rene, od anche del fegato vanno aggravandosi (cilindruria, urubilinuria), una ulteriore aspettativa riescirebbe a tutto danno degli interessi materni, e ci decideremo alla pronta interruzione della gravidanza. Quando la profilassi igienica e medica falliscono, l'intervento ostetrico, quasi sempre, raggiungerà lo scopo, perchè esso solo ottiene la completa rimozione di quelle molteplici condizioni anatomo-chimiche che mantengono lo stato tossicoemico e conducono a profonde, talora irrimediabili, lesioni dei parenchimi.

Qualora il parto si iniziasse in mezzo a fenomeni di tossiemia (irritazioni nervee, turbe psichiche, edemi, albuminuria, scarsezza delle orine, ecc.) si potrà, ancora, mercè alcuni espedienti, impedire che essa si aggravi tanto da provocare lo scoppio della convulsione. King, nel 1887, proponeva, nel periodo dilatante, di mantenere la donna in decubito laterale o, meglio, in posizione genu-pettorale, allo scopo di

diminuire la compressione vescico-uterica. Analogamente, Lambotte e Ley (1897) affermano di essere, in taluni casi, riusciti a scongiurare l'insorgenza dell'accesso, mercè l'elevazione del bacino. Questi razionali suggerimenti meritano, non fosse altro che per la loro semplicità, di essere adottati nella pratica.

Nel periodo espulsivo, appena raggiunto il permittente, sarà indicato — nelle condizioni indicate della donna — accelerare l'espletazione del parto, coi mezzi della ostetricia conservatrice, attutendo l'eccitazione nervosa, già esaltata dallo stato tossicoemico, colla morfina e col cloralio. La pratica della cloronarcosi, tanto caldeggiata da alcuni, non raccoglie il nostro favore, tenendo convinzione che il cloroformio mascheri, coll'azione sua inibitoria anestetica, nuove lesioni epato-renali, che, in realtà, aggravano le condizioni della tossiemia. I rilevanti guasti dimostrati negli epitelii glandolari, in seguito ad inalazioni cloroformiche, recentemente, da Nieberzall, Ajello e Tedeschi, lasciano credere che essi si verifichino, ancora più profondi, su fegato e reni già compassionati da incoato stato tossicoemico.

Un'ultima questione, che ci deve interessare, è se una donna con fatti di scompenso renale possa allattare in puerperio. La frequenza, notevolmente elevata, dell'eclampsia post-partum, dimostra che, in puerperio, possano sussistere, od anche aggravarsi quelle condizioni di tossiemia, che conducono all'eclampsia: una funzione quale quella dell'allattamento, che sottrae tanti succhi nutritizii all'organismo materno, che esige tante cure nocive al benessere della madre e, sopratutto, aggrava, tanto frequentemente, la discrasia sanguigna preparata dalla gravidanza, rappresenta, certo, un pericolo continuo che si accentuino quei fatti di intossicazione autoctona, che vedemmo essere i momenti causali della convulsione eclampsica. Più che da una affermazione categorica, il medico giudicherà dell'opportunità del consenso, o del divieto a tale funzione, in base alle peculiarità del caso clinico.

Sono questi i criterii seguiti, nella terapia profilattica dell'eclampside, nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Parma, al cui Direttore, e mio Maestro, prof. Truzzi, esprimo i miei vivi sentimenti di riconoscenza per gli incoraggiamenti ed i consigli, di cui mi fu sempre largo.

Parma, 22 Novembre 1897.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. 1 (Zeiss, Oc. 3, Obb. D). — *I.ª Serie:* Vena centrale dilatata e ripiena di sangue; attorno ad essa una zona anulare a cellule con protoplasma vacuolizzato, con nuclei pallidi ed, in parte, distrutti. Le filiere epiteliali sono divaricate per dilatazione dei minimi canalicoli intralobulari. Ben conservate e solo granulose le cellule periferiche.

Fig. 2 (Zeiss, Oc. 3, Obb. D; camera di Abbé, tubo chiuso, foglio all'altezza del tavolino). — *II.ª Serie:* Dalla vena centrale parte uno stravaso emorragico, che copre, quasi in toto, la zona anulare a vacuoli ed invade buona parte del lobulo scomponendo le file epiteliali e riducendole, fin verso il terzo esterno del lobulo, in ammassi protoplasmatici disseminati da residui nucleari. Verificandosi lo stesso fatto in più lobuli confinanti, ne risulta una specie di nuovo lobulo, a rovescio, al cui centro stanno dei vasi biliari.

Fig. 3 (Zeiss. Oc. 3, Obb. C; camera Abbé, tubo chiuso, foglio all'altezza del tavolino). — *II.ª Serie:* Emorragie glomerulari, che ne distruggono, in gran parte, gli epitelii. Tubuli contorti con emorragie e stato granuloso degli epitelii. Meglio conservati gli epitelii dei tubuli retti e meno intensi, in essi, i fatti emorragici.

Fig. 4 (Zeiss, Oc. 3, Obb. C; camera d'Abbé, tubo aperto a 16, foglio all'altezza del tavolino). — *III.ª Serie:* Gli stessi fatti emorragici e degenerativi che nella serie precedente.

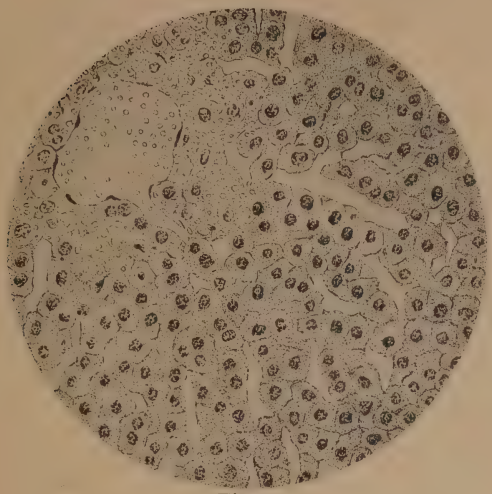


Fig. 1.

Fig. 2.

C. MERLETTI DIS. ELIOT. CALZOLARI & FERRARIO. MILANO

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF IRELAND
18 OCT 98
LIBRARY

Fig. 3.

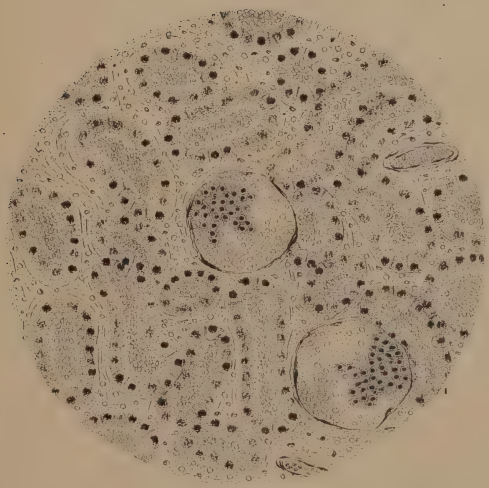


Fig. 4.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
18 OCT 98
LIBRARY

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova
diretta dal Prof. Luigi Acconci

DELLA ISTERECTOMIA VAGINALE

STUDIO CLINICO

DEL

Dott. AGOSTINO SAPELLI

Primo Assistente.

(Continuazione, vedi pagina 623).

Fibromiomi dell'utero.

Che la benignità dei fibromiomi uterini dagli antichi classici ammessa, fosse poco più che una pretesa teorica, hanno fra gli altri dimostrato Spencer Wells, Keith, Lawson-Tait, Schroeder, Martin, Péan, Koeberlé; con fatti molteplici hanno fatto conoscere quali e quante possano essere le spiacevoli conseguenze di un fibroma di cui alcune talora anche mortali. Alcune particolarità difatti della loro costituzione anatomica, le condizioni dipendenti dall'età, dalla sede, e dal loro volume, dai loro rapporti, il fatto che producendo alterazioni della mucosa dell'utero possono queste rendere più facile lo sviluppo di un carcinoma, le gravi emorragie, ecc. possono renderli sommamente dannosi. Nè troppo si deve fare affidamento sulla loro atrofia all'epoca della menopausa, perchè la pratica dimostra come assai spesso, in quest'epoca, non solo il tumore continua nel suo accrescimento, ma anzi spesso cominciano per parte di esso dei sintomi inquietanti.

Sopra i 37 casi operati e raccolti nella statistica, ben 14 volte ho potuto constatare come i disturbi dati dal tumore, specialmente le metrorragie, datavano dall'epoca della normale menopausa, e si noti che nei casi di questi tumori la cessazione delle mestruazioni in generale avviene molto tardi, secondo Schauta (40) a 53 anni e spesso anche più tardi.

La cura dei fibromi uterini darà un risultato certo solamente quando con essa si venga a fare la completa ablazione del tumore; sui mezzi

medici poco assegnamento bisogna fare, perchè troppo raramente portano vantaggi e limitati. Non parlo della elettroterapia, che, così caldamente appoggiata dall'Apostoli, pare che spesso porti gravi inconvenienti; la stessa cura dell'Hildebrandt, se realmente arreca dei benefizi, tuttavia a lungo andare può produrre inconvenienti, come fenomeni di ergotismo (Martin) (41), e può portare sui vasi e sul miocardio delle alterazioni, trombosi ialina, tanto che Landau (42) non si perita di affermare che nella miomectomia v'è tanto minore speranza di guarigione quanto più la donna fu sottoposta all'uso prolungato di ergotina.

La stessa castrazione di Hegar dà miglioramenti temporanei e forse troppo raramente porta quell'involuzione del tumore, che Hegar avea creduto di poter sempre ottenere. Difatti (Pichevin) (43) la cessazione delle emorragie si avrebbe solo nel 72 0[0 dei casi, la diminuzione del tumore nell'80 0[0, nel mentre che l'operazione, non sempre facile e talora anzi impossibile, dà una mortalità assai rilevante.

Fra i casi operati ne figura uno in cui la castrazione era stata precedentemente fatta, ma con benefizio passeggero, perchè pochi mesi dopo ricomparvero le metrorragie e l'isterectomia che si dovette praticare riuscì particolarmente difficile, causa le numerose aderenze dell'utero coll'omento e con l'intestino.

Ammesso che l'aumento dei fibromiomi è spesso molto rapido, che spesso si hanno complicazioni che li rendono particolarmente pericolosi, anche se non hanno un grande volume, ne consegue che è d'uopo ricorrere alla cura chirurgica e ricorrervi anzi per tempo, tanto più poi se i sintomi aumentano rapidamente, anche se in quel dato momento essi non sono pericolosi (Dimitri de Ott) (44).

Certo in qualche caso la cura radicale, sia per le gravi condizioni della paziente, sia per la sede del tumore, sia infine per l'età può cedere il passo ad una cura conservatrice, ma questi sono i casi che più raramente capitano all'osservazione.

Le indicazioni di un atto operativo radicale variano molto da operatore a operatore. Hegar e Kaltenbach (45) operano nei casi di rapido accrescimento del tumore; (Pozzi) (46) anche quando esiste compressione della vescica o degli ureteri; Gusserow (47) trova indicazione anche nello stesso dolore; Bouilly (48) consiglia di operare abbastanza presto, prima che il tumore acquisti un grande volume. Péan e Martin

ne consigliano l'allontanamento appena venga diagnosticato, senza attendere la comparsa di sintomi minacciosi; Runge e Löhlein (49) fanno una distinzione fra le donne di condizione agiata e quelle povere, ricorrendo più facilmente in queste ad un atto operativo; Mangiagalli (50) pone come indicazioni all'operazione le emorragie insistenti ribelli agli altri metodi di cura, la riconosciuta inopportunità o impossibilità di esportare il fibroma per via vaginale con metodi conservatori, il rapido aumento del tumore, il suo volume, la presenza di fenomeni di compressione. Inverardi (51), partendo dal concetto che non è più permesso oggi di esperire ogni mezzo prima di tentare un atto operativo, che non è giusto riservare questo, quando le emorragie siensi dimostrate ribelli ai mezzi medici, o della piccola chirurgia ginecologica, che non si deve intervenire solo quando il tumore cresce rapidamente di volume, o quando dà luogo a sofferenze gravi, o peggio ancora quando si ha il dubbio che siano in esso avvenuti fatti degenerativi, crede si debba operare al più presto possibile, quando le condizioni del tumore ne rendono ancora facile l'estrazione, quando le condizioni generali dell'inferma sono ancora buone e quindi l'operazione è più facile e più benigna.

Ma ammessa la necessità di un intervento chirurgico radicale, quale sarà la via da scegliersi? La vaginale o l'addominale? Fra i sostenitori della prima troviamo: Péan, Segond, Terillon, Doyen, Jacobs, Inverardi, Landau, Crobak, Léopold, Bouilly, ecc. altri sono invece fautori della seconda. Non è possibile stabilire delle regole assolute; per l'uno quanto per l'altro metodo esistono delle indicazioni speciali, occorre regolarsi a seconda dei casi, ed è precisamente in questa scelta che sta gran parte del merito del chirurgo.

In tesi generale però si deve oramai ammettere che, sotto date condizioni, la via vaginale sia da preferirsi per i vantaggi che indubbiamente essa offre. Decorso post-operatorio eccellente, trauma certo molto minore, nessun maneggio delle anse intestinali, maggiore resistenza del peritoneo pelvico, minore influenza degli agenti fisici esterni, senza tener conto che l'aggredire il tumore per la vagina, non viene ad impedire di poter in seguito modificare l'atto operativo; che anzi con questa prima parte della liberazione del collo, noi rendiamo molto più facile e spedita l'isterectomia totale addominale, quando non si possa estrarre l'utero dalla vagina. Aggiungi a questi vantaggi la non

rara coesistenza di lesioni suppurate degli annessi, per la cura delle quali la via vaginale costituisce un trionfo della ginecologia moderna. Ho detto che solo sotto certe condizioni l'isterectomia vaginale è da preferirsi, e prima fra queste si è il volume del tumore; su questo punto ancora regna il disaccordo fra i ginecologi. Péan, che si limitava dapprima ad estirpare i tumori che avevano un volume minore di una testa di adulto, introdotto nella tecnica operativa il *morcellement*, aggrediva i tumori anche se multipli, purchè non sorpassassero l'ombellico. Doyen va ancora oltre, non ricorrendo all'isterectomia addominale che quando il tumore sorpassa di 3-4 dita trasverse l'ombellico. La maggior parte però degli operatori è molto più riservata. Léopold (52) opera solo nei miomi sottomucosi od interstiziali che non sorpassino il volume della testa di un feto a termine; Mangiagalli (53) quando l'utero non oltrepassa il volume di un utero gravido al 4.° mese; Pozzi (54) è anche più riservato, limitando l'operazione per via vaginale ai casi in cui l'utero non è superiore al volume di un pugno; Schauta (55) non solo la limita ai casi di tumore non superiore a due pugni, ma la crede controindicata, se esistono aderenze peritoneali o se la vagina è troppo stretta.

Il criterio per giudicare del limite superiore d'indicazione della isterectomia vaginale, basato unicamente sul giungere o no il tumore stesso all'ombellico, non mi pare sufficiente; la cicatrice ombellicale può essere spostata e darci quindi un criterio fallace. Ben altre sono le condizioni di cui bisogna tener conto: nella Clinica furono operati casi in cui il tumore sorpassava anche di parecchie dita trasverse la cicatrice ombellicale, l'utero avea un volume come di una gravidanza di 7 mesi circa, eppure l'operazione riescì facilmente e con risultato favorevole. Specialmente bisogna badare alla sede del tumore, ai suoi rapporti, alla sua mobilità; vi sono uteri fibromiomatosi, anche molto sviluppati e specialmente sviluppati nel diametro loro longitudinale, i quali facilmente si lasciano abbassare e colla sezione dei legamenti larghi, fatta progressivamente, aiutandoci collo spezzettamento, si possono facilmente portare all'esterno. In altri casi invece, anche se il volume del tumore non è cospicuo, pure per la larga sua base d'impianto, per la sua situazione molto elevata, è meglio ricorrere alla via addominale o alla doppia via vagino-addominale. Nei casi invece di tumori sviluppati alla parte inferiore dell'utero, in quelli che hanno

una evoluzione pelvica, in casi di tumori suppurati, la via vaginale è la migliore.

D'altra parte, se l'estirpazione dell'utero per via vaginale riesce più facile allorchè si ha un nodo unico, anche se voluminoso, riesce più indaginosa se i nodi sono multipli. Nei casi poi di fibroma voluminoso sottosieroso e peduncolato, alla via vaginale è certo a preferirsi l'addominale, per la maggior facilità di asportare il tumore colla possibilità anche di conservare l'utero. Anche negli stessi fibromi a sviluppo infralegamentario, se pure l'operazione per via vaginale presenta tecnicamente maggiori difficoltà, tuttavia è sempre possibile, anzi è preferibile (Polk) (56).

Insomma tutte le volte che tecnicamente è possibile, l'isterectomia vaginale deve essere preferita, in vista dei buoni risultati e del minor pericolo che in essa si ha; certo l'abilità del chirurgo, la speciale sua pratica, hanno grande peso nella scelta del metodo operatorio.

Nella nostra Clinica non si ricorre alla via addominale che nei casi di grossi fibromi a sviluppo sottosieroso o quando l'utero è talmente sviluppato, che anche ridotto grandemente di volume, collo spezzettamento, si incontrerebbero troppe difficoltà per farlo passare per le vie naturali, ed anche in questi casi di solito la via vaginale si combina colla laparotomia, cominciando la liberazione del collo, lo scollamento della vescica, l'apertura del Douglas e l'allacciatura della base dei legamenti larghi dalla vagina e terminando l'operazione per l'addome.

Il merito di aver adoperato la via vaginale per la demolizione dei grandi tumori dell'utero, spetta senza dubbio al Péan, il quale col *morcellement* da lui applicato ha esteso di molto le indicazioni operatorie. Il metodo del Péan, basato sulla fragmentazione del tumore e sulla emostasi preventiva, rappresenta il caposaldo della tecnica; gli altri metodi, divisione antero-posteriore di Müller, svuotamento centrale di Segond, divisione bilaterale, centrale e cuneiforme di Doyen, la perforazione del tumore coi tubi dello stesso Doyen, non sono che modificazioni o perfezionamenti, i quali si svolgono sempre nell'ambito dei principî stabiliti da Péan.

Tutti questi metodi presentano indubbiamente vantaggi, ma sarebbe errore il voler stabilire una legge generale per l'uso dell'uno più che dell'altro. Bisogna adottare i varî metodi a seconda delle condizioni anatomo-topografiche del tumore. Il procedimento del *morcel-*

lement deve essere essenzialmente considerato come un prezioso mezzo di aiuto, col quale si possono rendere accessibili o mobili delle parti che devono essere asportate (Landau) (57), un mezzo che ci permette di poter in questo modo formare dei peduncoli. Per l'emostasi due metodi stanno di fronte: la forcipressura e l'allacciatura; il primo, che ha avuto la sua origine in Francia, trova fautori in Péan, Segond, Doyen, Richelot, Landau, Müller, ecc.; il secondo è specialmente preferito da Martin, Olshausen, Fehling, Dimitri de Ott, ecc.

Per me la forcipressura presenta maggiori inconvenienti che il metodo delle allacciature, il quale è anche metodo più corretto di emostasi permanente. Nei fibromi difatti, dove non è necessario fare un drenaggio della cavità addominale, si viene colle pinze a mantenere una ampia comunicazione della vagina colla cavità peritoneale, la quale è sensibilissima ad ogni agente infettivo; inoltre le pinze lasciate per 24-36 ore provocano dolori spesso assai vivi, che disturbano molto le operate; dippiù la guarigione della ferita circondata da tessuti che cadono in sfacelo, è assai più lunga e maggiormente pericolosa. Si deve inoltre tener conto che le pinze ingombrano il campo operatorio impedendo le manovre necessarie per l'asportazione dell'utero. Da alcuni si attribuisce al metodo delle allacciature la difficoltà di poterle applicare tanto profondamente; ma se questo si verifica allorchè per la grossezza del tumore la via ci si presenta come sbarrata, riducendo di volume il tumore, noi possiamo benissimo arrivare e con facilità, ad allacciare i legamenti. Aggiungi a questo il pericolo di emorragie secondarie, e il fatto, che, mentre colle allacciature noi frazioniamo i legamenti larghi in tanti piccoli fasci, colle pinze invece noi abbracciamo una grande estensione dei legamenti stessi, per cui, se anche un laccio dovesse scivolare, l'emorragia non potrà mai essere così grave come quando una pinza lascia la presa, poichè in questo caso il sangue proviene da gran parte del legamento largo. Certo i due metodi non si escludono assolutamente l'uno con l'altro, ma possono invece servire in taluni casi speciali di complemento l'uno all'altro.

D' altra parte qui non è il caso di invocare la maggiore celerità dell'atto operativo usando la forcipressura, poichè il tempo principale dell' atto operativo per i grossi tumori, deve essere quello della loro riduzione e questa non viene per nulla ad avvantaggiarsene.

Ma all' isterectomia vaginale per fibromiomi si fa l'appunto del pe-

ricolo delle emorragie che durante l'atto operativo si possono avere, tanto più per la fragmentazione del tumore. Io non vedo la ragione di questo timore; in tutti i casi che io ho visto operare e che ho operato io stesso, ho sempre osservato come con l'allacciatura progressivamente fatta dall'alto al basso dei legamenti larghi, man mano che nuove porzioni di legamenti si rendono accessibili, si può operare quasi a bianco.

Nè l'incisione dell'utero può dar luogo a perdita di sangue, perchè praticata sulla linea mediana ove i vasi sono scarsi; e poi specialmente perchè esercitando su di esso delle trazioni continue colle pinze lo si rende quasi anemico; anzi il contenuto sanguigno ne viene come spremuto fuori e il sangue ricacciato in circolo; per cui credo che in quelle ammalate le quali gravemente anemiche hanno assolutamente bisogno di un intervento pronto, il quale le salvi dal pericolo di nuove metrorragie, la via vaginale sia sotto questo riguardo anche più particolarmente indicata, come quella che ci permette di operare con una perdita di sangue minore di quella che si avrebbe operando dall'addome.

La semplice ristrettezza della vagina raramente potrà essere una controindicazione, poichè con la incisione vagino-perineale, sia uni- che bilaterale, noi ci possiamo creare una via abbastanza ampia per aggredire ed esportare il tumore. È bene però avvertire che si deve evitare, per quanto si può, questo sbrigliamento vagino-perineale specie in quei casi in cui per le precedenti metrorragie la paziente si trova anemica; e ciò perchè non ostante un'accurata allacciatura dei vasi principali che per l'incisione fatta danno sangue, resta un gemizio sanguigno, il quale aggrava le condizioni della paziente.

La tecnica operativa adoperata nella maggior parte dei casi operati fu la seguente. Fatta la disinfezione dei genitali esterni, della vagina, e fatta una irrigazione endouterina con soluzione di sublimato all'1 4/00, applicate le valve lateralmente e posteriormente, si afferra con due robuste pinze Muzeaux rispettivamente il labbro anteriore e posteriore. Abbassato l'utero e fissato il limite inferiore della vescica, si incidono circolarmente le pareti vaginali a 2-3 cm. dall'orifizio esterno portandosi in addietro sul fornice posteriore ad una maggiore altezza. Scollata e spinta in alto la vescica, si apre lo spazio del Douglas la cui lamina peritoneale viene fissata alla parete vaginale posteriore. Si

comincia quindi l'allacciatura frazionata dei legamenti larghi da una parte e dall'altra con un ago curvo di Déchamps guidato dall'indice sinistro, che foggiato ad uncino si introduce al di dietro del legamento largo. L'allacciatura e sezione dei legamenti continua in alto finchè lo permette l'abbassamento dell'utero, e in questo modo si arriva facilmente, quando la ubicazione del tumore lo permette, ad aprire la piega vescico-uterina, la cui lamina peritoneale viene pur essa fissata alla parete vaginale. Fatto questo, l'atto operativo procede differentemente secondo che, dato il volume dell'utero, si possa estirparlo integro o colla semplice sezione mediana della parete anteriore, o si debba invece ricorrere al *morcellement*. In quest'ultimo caso, avendo come obiettivo di ridurre, per mezzo dello svuotamento, l'utero come una borsa afflosciata la quale possa facilmente discendere, dopo aver afferrato il collo in corrispondenza delle commettiture labiali, si pratica la incisione sagittale mediana del collo e della parete uterina anteriore, applicando due pinze a denti nel punto più alto dei bordi della soluzione di continuo fatta e traendo energicamente su di questo si cerca di arrivare a ridosso del tumore e del nodo principale. Allora applicando una valva larga di Doyen al disotto della parete uterina si incide col cucchiaio a sega del Thomas la capsula del tumore o del nodo principale e afferratolo nel punto così scoperto con una pinza, si circoscrivono con lunghi bisturì curvi sul piatto e bitaglienti dei grossi pezzi di tumore, i quali vengono poi sgusciati fuori ed estratti. L'utero può così abbassarsi alquanto permettendo di impiantare altre pinze più in alto sui bordi dell'incisione mediana e di attaccare altre parti di tumore che nello stesso modo vengono asportate. Si riesce così, dopo aver tolto un certo numero di pezzi, di far sgusciare fuori tutto l'utero col far fare al fondo il capitombolo in avanti; bisogna aver sempre l'avvertenza di non tagliar via alcun pezzo di tumore senza aver afferrato prima il pezzo immediatamente soprastante e senza aver prima isolato del tutto la porzione di capsula posta più vicino e immediatamente al disopra.

Per impedire che dalla risultante breccia fuoriesca l'omento o l'intestino si manovra la valva anteriore in modo che venga a formare come una barriera che si oppone alla discesa di queste parti.

Cominciando poi per lo più a sinistra, si allaccia, dall'alto al basso, o dal basso all'alto, la parte superiore dei legamenti larghi ancora at-

taccati all'utero, si allaccia e si seziona il mesosalpinge, il mesovario, il legamento infundibulo pelvico e con l'utero si asportano gli annessi. Per maggior sicurezza si pongono due lacci sui vasi che vanno alle tube e all'ovaio. Esaminati attentamente i peduncoli ed assicurati di un' emostasi completa, si fissano quelli, con un ago di media grandezza armato di catgut, agli angoli della ferita vaginale, la di cui chiusura si completa con punti mediani. I fili dei peduncoli vengono tagliati corti e la vagina zaffata con garza sterilizzata.

Sopra i 37 casi operati si ebbe una morta, 2.7 0[0; una nullipara (N. 21) la quale, per metrorragie e menorragie abbondantissime e datanti già da molto tempo, era ridotta in grave stato di anemia. Le varie cure tentate restate inefficaci, si imponeva assolutamente un atto operativo: questo decorse regolarmente e minima fu la perdita di sangue. Il decorso post-operativo fu regolare fino al terzo giorno in cui, dopo abbondanti evacuazioni in seguito a purgante, comparve un grave collasso, dal quale non si potè riavere completamente non ostante tutti i mezzi impiegati.

L'autopsia non fu concessa.

Se noi teniamo conto dell' età delle operate, vediamo come nella maggior parte di esse oscillava fra i 35-45 anni; in undici casi fra i 45 e 52, in soli quattro era al disotto dei 35 anni. Molte di queste donne aveano avuto gravidanze (25, cioè il 67 0[0) alcune anzi multipare, una avea avuto fino a 21 gravidanze: questi dati non si concordano colle idee di coloro che ammettono come i fibromiomi costituiscano un reale impedimento alla concezione, ma più coll'opinione espressa da Hofmeier, e basata sopra un numero grandissimo di osservazioni, che se i fibromiomi non facilitano di certo la gravidanza, non sono assolutamente ad essa di ostacolo.

Il disturbo principale per queste pazienti erano le menorragie e le metrorragie, che in alcune datavano da molti anni, in una fino da 14 anni; molte di esse erano state sottoposte a svariate cure mediche, alcune erano già state operate di raschiamento dell'endometrio, in una era stata praticata la cura elettrica, una avea già subìto la castrazione senza favorevoli risultati. Le condizioni generali della maggior parte erano deplorevoli, tanto che dovettero essere sottoposte a cure ricostituenti, e furono usate di preferenza le iniezioni sottocutanee di citrato di ferro ammoniacale.

Una volta l'operazione fu praticata in 25.° giorno di puerperio dopochè la gravidanza si era spontaneamente interrotta al 4.° mese. Dopo il parto si era notata una diminuzione di volume del tumore e all'esame microscopico si osservarono, nelle fibro-cellule muscolari di esso, spiccati fatti più che di degenerazione grassa, di necrobiosi.

I fibromi di piccolo volume furono estirpati insieme con l'utero integro, 10 volte; in tutti gli altri casi si dovette ricorrere allo spezzettamento, usando nei primi il metodo di Péan, in altri quello di Doyen, o adoperando i tubi taglienti da essi ideati, nei più, infine, i bisturì bitaglienti colla tecnica descritta. Il peso del tumore asportato, privo di sangue, oscillava fra un minimo di 300 gr. (1 solo caso) ed un massimo di 1360 gr.; nella grande maggioranza dei casi si trattava di fibromi multipli a sviluppo interstiziale, in pochi casi si aveva un fibroma sottomucoso peduncolato, una sola volta si aveva anche fibroma sottosieroso peduncolato. In parecchie donne si incontrarono particolari difficoltà per l'estirpazione dell'utero, perchè, a causa di pregressi fatti di perimetrite, si erano formate aderenze numerose cogli organi vicini.

Nei casi di ristrettezza dei genitali, si ricorse allo sbrigliamento vagino-perineale (15 volte) solamente da un lato.

Mai si ebbero lesioni della vescica, degli ureteri o dell'intestino, mai emorragie secondarie. In un'ammalata, oltre il fibromioma, si aveva una cisti ovarica a sinistra la quale, svuotata, venne con l'utero esportato. In parecchi casi si aveano anche alterazioni degli annessi (salpingo-ovarite interstiziale, idrosalpinge, in uno anche piosalpinge bilaterale) e l'atto operatorio servì anche per la cura di queste lesioni. In un caso il tumore aveva subìto la degenerazione cistica, in due casi il fibroma era complicato a carcinoma. Si sa oggi come questa coesistenza non è poi tanto rara; Löhlein in sette casi di mioma ne trovò due con carcinoma del corpo, su 205 casi di mioma Martin osservò 9 volte carcinoma; recentemente Texier (58) ne ha riferiti 3 casi e Vitrac (59) sopra 82 osservazioni, appartenenti a Lannelongue, lo ha riscontrato due volte, e si ammette pure come l'uno non sia mai la trasformazione diretta dell'altro. Del resto se si potrebbe comprendere come un fibroma possa trasformarsi in sarcoma, la trasformazione invece in carcinoma, nel mentre non è giustificata dal punto di vista teorico, non è stata provata ancora. Difatti in tutti i casi in cui a tutta

prima si poteva credere a tale trasformazione un esame più accurato dimostrò che il carcinoma erasi originato, o dalla mucosa infiammata che ricopriva il fibroma, o dalle glandole della mucosa inclusa nel tumore stesso. In entrambi i nostri casi trattavasi di fibromioma sottomucoso e il carcinoma avea preso origine per l'appunto dalla mucosa rivestente il fibroma.

Nelle operazioni praticate mai si usò la forcipressura come metodo, nè mai vi si dovette ricorrere per necessità.

Il decorso post-operativo fu in tutte le operate regolarissimo, la temperatura massima raggiunta fu in media di 37° 5, in una sola si ebbe una elevazione termica fino a 38° 2, per fenomeni di autointossicazione intestinale soppravenuti in 14.ª giornata e presto scomparsi.

Delle 37 operate ne ho potuto ritrovare N. 25 di cui la maggior parte ho potuto esaminare direttamente, di altre ho avuto notizie da colleghi. Tutte senza eccezione erano in tali condizioni di benessere, che quasi erano non più riconoscibili; riacquistate le forze, il normale colorito, normali le funzioni digerenti, potevano tutte senza alcun disturbo attendere alle loro abituali occupazioni. All'esame degli organi genitali nulla ho riscontrato di notevole, mobile e perfettamente indolente la cicatrice vaginale, liberi da ogni essudato i peduncoli, in un solo caso il peduncolo di destra presentava un leggiero ispessimento ed era dolente alla pressione.

Nella isterectomia vaginale per fibromi, dove l'estirpazione degli annessi non è resa necessaria come in altri casi, si può vedere quale sia l'influenza che la loro conservazione ha sull'insorgere di alcuni disturbi consecutivi ad un tale atto operativo. Riserbandomi di ritornare ancora su questo fatto, voglio qui solo notare come, fra le 25 operate di cui ho avuto notizie, in sei gli annessi di ambo i lati erano stati lasciati, in una quelli di un solo lato. Fra queste 7 donne, sei ebbero ad accusare vampe di caldo, sudori, senso di tensione e di formicolìo alle estremità, qualche volta vertigini, colla stessa intensità e frequenza, che nelle donne in cui con l'utero erano stati esportati gli annessi. Anzi una fra queste presentava questi fenomeni in un modo assai spiccato e solo attualmente, 3 anni dopo l'operazione, pur persistendo, vanno diminuendo d'intensità.

La conservazione quindi degli annessi sani, da alcuni consigliata appunto nell'intendimento di diminuire questi disturbi, non avrebbe,

almeno stando a quanto io ho osservato, l'effetto che ci si vuole ripromettere di diminuire, se non impedire completamente, le noie del climaterio artificialmente provocato.

Ora con risultati così favorevoli sia immediati che remoti, data la relativa innocuità di tale atto operativo, mi pare non vi sia da esitare nella scelta della via vaginale tutte le volte che questa sia possibile tecnicamente. Per me la estirpazione dei fibromi dell'utero per via vaginale è l'operazione la quale, sia per la sua efficacia, sia per la sua innocuità, sia anche perchè ci mette al sicuro da ogni conseguenza di una ferita addominale, e principalmente da uno sventramento, deve essere posta in prima linea.

Carcinoma dell'utero.

Se il primo tentativo di estirpare per la vagina l'utero affetto da carcinoma, risale al caso operato da Andreas a Curcé, nel 1560, pure considerando quest'operazione come fatta di deliberato proposito, dobbiamo arrivare fino a Sauter e Blundell che la praticarono nel 1822 e nel 1828.

Per tale indicazione si fecero poi frequenti gli atti operativi, ma pur troppo assai spesso seguiti da insuccesso, non tanto dovuto al metodo operatorio, quanto alle condizioni della ginecologia in allora. Di modo che non è da meravigliarsi se, quando Freund nel 1878 fece rivivere un altro metodo colla sua isterectomia totale addominale, tutti se ne mostrassero entusiasti e fosse praticata su larga scala.

Anche con questo però assai presto si fecero conoscere i risultati sfavorevoli, e numerosi, ed allora, ritornando all'antico, gli operatori si rivolsero nuovamente all'isterectomia vaginale che nel frattempo era stata riabilitata, specialmente per opera di Czerny.

Quando Martin al congresso di Chicago nel 1887 riferì i risultati della sua pratica sull'isterectomia vaginale per cancro, trovò vivaci opposizioni e numerosi fautori dell'amputazione alta del collo, operazione caldeggiata in Germania da Schröder, in Francia da Verneuil. Oggi però è inutile mettere in discussione questi due modi di intervento, perchè oramai l'esperienza clinica ha a sufficienza dimostrato che, anche nei casi di cancro limitato al collo, bisogna ricorrere all'estirpazione completa dell'utero, anzi quanto più il male è limitato,

tanto più estesa deve essere l'operazione (Pozzi). Nè si può dare importanza a statistiche le quali sono basate sopra termini di confronto non paragonabili fra di loro, poichè se si ricorre in genere alla amputazione del collo nei casi iniziali, d'altra parte spesso l'isterectomia vaginale si pratica in casi già avanzati. Oggigiorno però le discussioni vertono ancora sui limiti d'indicazione all'estirpazione totale dell'utero non solo, ma anche recentemente, si pone in discussione la scelta della via da seguirsi, se per la vagina o per l'addome si debba tale atto operativo eseguire.

Che all'estirpazione dell'utero si debba ricorrere in tutte le forme iniziali, è un fatto oramai fuori di discussione; ma fino a che limite si potrà arrivare in questa cura radicale?

Non è l'estensione del neoplasma in superficie anche se i fornici vaginali sono infiltrati, quella che può controindicare l'operazione, bensì la diffusione in profondità, per giudicare della quale, noi dobbiamo ricercare la mobilità dell'utero; segno questo che resta sempre uno dei migliori mezzi per stabilire l'opportunità dell'intervento. Tanto più se oltre all'esplorazione bimanuale si ricorre, come deve sempre farsi, al riscontro rettale, col quale potremo più facilmente conoscere se esistono noduli o infiltrazioni nel tessuto cellulare pelvico, servendoci anche come mezzo di aiuto dell'abbassamento dell'utero mediante pinze. E per questo rapporto, di giudicare della maggiore o minore mobilità dell'utero ci troviamo in condizioni abbastanza favorevoli, in confronto ad altri organi, perchè esso è circondato da pareti relativamente sottili e facilmente accessibili. Da un solo lato forse questa ricerca presenta maggiori difficoltà, ed è nella faccia anteriore là dove è in rapporto colla vescica; ma in caso di dubbio, si può durante la narcosi colla dilatazione dell'uretra introdurre un dito in vescica ed esplorare così direttamente tutta la parete anteriore dell'utero.

Bisogna d'altra parte tener conto che causa della immobilità dell'utero possono essere semplici fatti infiammatorî, e che non sempre si può decidere se l'infiltrazione dei parametri o della vagina siano di natura carcinomatosa o infiammatoria. Già Schröder aveva richiamato l'attenzione su questa difficoltà; egli però credeva che, se le anormali resistenze si riscontrano in corrispondenza delle tube e delle ovaie, se gli annessi specialmente occupano lo spazio del Douglas, è probabile si tratti di semplici processi infiammatorî. Se invece si sentono

delle infiltrazioni sparse irregolarmente nel tessuto del bacino o se esistono nello spazio del Douglas sotto forma di noduli a corona di rosario, allora è probabile si tratti di focolai carcinomatosi. Ma anche con questi dati riesce impossibile talora il dare un giudizio esatto.

Le condizioni del collo non devono troppo impensierirci, nè a questo si deve attribuire una troppo grande importanza per stabilire l'indicazione operatoria, se alcuni operano solo allorchè il collo è pressochè integro, altri, e mi pare più a ragione, restando sani parametrî e vagina, credono indicato l'atto operativo anche se il collo è quasi del tutto distrutto, evasato, ulcerato profondamente.

Fra le nostre operate una ve ne era nella quale, si trattava di un cancroide della portio, il collo era tutto trasformato in una massa neoplastica, del volume della testa di un feto di sei mesi, massa che riempiva quasi completamente la vagina. Riuscì naturalmente laboriosa e difficile l'escisione di questi tessuti, e si durò non lieve fatica a trovare un punto dell'utero sul quale fare una solida presa per abbassarlo; ma il risultato fu dei più soddisfacenti, questa donna ancora attualmente, quattro anni dopo l'operazione, è immune da recidiva.

Secondo le vedute della nostra Clinica l'indicazione all'isterectomia vaginale si ha nella pratica ospitaliera in tutti quei casi nei quali tecnicamente è possibile; naturalmente si tien conto della maggiore o minore mobilità dell'utero, dello stato dei parametrî, ma una diffusione anche alquanto estesa alle pareti vaginali, un leggero infiltramento dei parametrî, non costituisce controindicazione assoluta, sempre che sia possibile cadere col coltello su tessuto sano. Il principio da cui si parte è che, se pure avverrà una recidiva, tuttavia noi avremo procurato alla donna un periodo più o meno lungo di benessere, in quanto che cessando i sintomi più gravi dell'affezione, specialmente le metrorragie, i dolori e lo scolo fetido, si ottiene un notevole miglioramento dello stato generale.

Questo mi pare debba essere uno dei principali scopi dell'operatore; non permette di avere delle brillanti statistiche, ma porta realmente un sollievo alle sofferenze dell'inferma.

Trattandosi di una malattia che lasciata a sè ha una prognosi assolutamente infausta, se anche con un'operazione radicale si hanno poche probabilità di ottenere una guarigione duratura, tuttavia dato il pericolo minimo che si fa correre all'inferma, mi pare sia questa

operazione da tentarsi perchè potrebbe salvare la donna. Se anche, sopra 100 operate, nella maggior parte avvenisse la recidiva in tempo più o meno breve, ed in poche solamente si riuscisse ad ottenere una guarigione duratura, questi pochi casi basterebbero tuttavia a giustificare l'intervento. E aggiungasi che nei casi in cui si manifesta dopo l'operazione la recidiva, l'esito letale segue con fenomeni assai meno gravi di quando il carcinoma è lasciato a sè; in tali casi io ho notato come i dolori sono assai meno intensi, lo scolo fetido e le emorragie o mancano del tutto o sono assai meno gravi che nelle donne non operate; per cui queste disgraziate che vanno incontro alla morte hanno disturbi assai minori, avendo avuto d'altra parte il vantaggio di ottenere una pausa nelle loro sofferenze.

È naturale che nei casi di utero fisso, quando le pareti vaginali, i parametrî sono largamente infiltrati, un'operazione radicale, oltre che esporre a serio pericolo la donna, sarebbe assai spesso impraticabile; ma il voler d'altra parte restringere di troppo le indicazioni è un eccesso in senso opposto. Io ho visto operare donne in cui l'infiltrazione era già diffusa e per una certa estensione alla vagina, leggermente infiltrati i parametrî, eppure con abbondante resezione delle pareti vaginali, con asportazione del parametrio, si ottenne una sosta nell'evoluzione della malattia di un anno (N. 7) ed anche oltre (N. 31, 39).

Certamente nella maggiore o minore rapidità della recidiva, ha importanza l'essere il cancro limitato all'utero o l'essersi già diffuso al tessuto circostante; ma d'altra parte non sono rari i casi in cui anche con tessuti vicini del tutto apparentemente sani, con cancri limitati della portio la recidiva avviene rapidamente. Così in una delle operate, nella donna E. Q. (N. 15), si aveva un nodo carcinomatoso limitatissimo della portio e della cervice, sani apparivano la vagina e i parametrii, eppure un anno e mezzo dopo l'operazione essa moriva per recidiva del neoplasma.

Abel (60) ha riferito un caso di cancro localizzato al solo labbro anteriore, nel quale ritrovò uno zaffo carcinomatoso in una vena e in un tessuto distante dal carcinoma e apparentemente del tutto sano. Questo se ci serve d'insegnamento per praticare più presto che sia possibile l'operazione radicale, ci ammonisce d'altra parte che noi non possiamo mai aver la sicurezza di aver asportato completamente le

parti ammalate, perchè spesso anche se i tessuti circostanti appaiono del tutto sani, il neoplasma può essere già propagato a distanza.

Se alla via vaginale debba preferirsi la via addominale per la estirpazione dell'utero carcinomatoso, è questione che oggi vivamente si discute e per alcuni, se la prima è indicata nei casi di cancro del corpo, sarebbe invece da seguirsi la seconda nei casi di cancro del collo, perchè con questo si possono molto più facilmente asportare i gangli eventualmente infiltrati.

Certamente con questo metodo si riesce assai meglio per questo scopo, ma prima di tutto è da porsi una questione pregiudiziale, se cioè, come fa notare Olshausen (61), sia il caso di ricorrere ad un intervento radicale, constatata la presenza di questi gangli infiltrati. E poi se si può colla laparotomia esportare facilmente tutto il tessuto dei legamenti larghi, andando fino a ridosso delle pareti pelviche, è egli sempre possibile fare una completa asportazione del tessuto perivaginale? Ed è in questo appunto, come ho potuto notare nei casi da me osservati, che si inizia la recidiva, certo in questo meglio si riesce dalla via vaginale.

Se forse la via addominale potrà essere preferita nei cancri del corpo, nei quali più facilmente sono attaccati i linfatici che sono attorno all'arteria spermatica, ciò non può essere per i cancri del collo, in cui vengono interessati i linfatici posti attorno all'arteria uterina; d'altra parte i cancri del collo sono molto più frequenti; sopra i 44 casi da me raccolti, solamente 6 erano del corpo, e in questi il neoplasma si diffonde più frequentemente alla vagina e al cellulare perivaginale. Ora come sarà possibile coll'isterectomia addominale asportare tutti i tessuti ammalati, quando già grandi difficoltà s'incontrano per questo, operando dalla vagina in cui le parti lese vengono attaccate direttamente?

Nè in favore della via addominale e concomitante asportazione delle glandole, mi pare possa del tutto valere il confronto col cancro della mammella; poichè se in questo, e giustamente, si deve sempre praticare lo svuotamento del cavo ascellare, ciò si è perchè le glandole ascellari vengono prese assai presto, mentre nel cancro dell'utero la diffusione avviene ai tessuti circostanti al focolaio primitivo e solo tardi si hanno metastasi per i vasi sanguigni e linfatici (Schauta). E di un altro fatto si deve tener gran conto, cioè che, mentre operando

per la vagina il pericolo di una infezione è ridotto al minimo, operando invece per l'addome, noi ci esponiamo al gran rischio di un inquinamento del peritoneo colle masse carcinomatose.

Da ultimo anche i risultati immediati dell'isterectomia addominale sono assai più sfavorevoli di quelli dell'isterectomia vaginale. Cito solo alcune recenti osservazioni; Küstner (62) sopra 18 casi ebbe 4 morti; Jonnesco (63) sopra 6 casi ebbe 3 morti.

E poi i risultati ultimi dell'isterectomia addominale ancora non è dimostrato sieno migliori di quelli ottenuti coll'isterectomia vaginale.

Jacobs *(Revue de gynécologie et chirurgie abdominale,* Paris, Gennaio e Febbraio 1898), sopra 11 casi ebbe recidiva in 3 da tre a cinque mesi dopo l'operazione. Egli spiega questi risultati poco favorevoli col fatto che l'intervento fu troppo tardivo e consiglia di praticare la laparo-isterectomia nei casi di cancro iniziale, ma se noi opereremo in queste condizioni otterremo pure buoni esiti colla isterectomia vaginale.

Per me credo debba preferirsi l'isterectomia vaginale, perchè è quella la quale ci dà una mortalità minima o nulla, come per i nostri casi; e se anche a causa della natura dell'affezione, non ci permette di avere una guarigione definitiva, tuttavia ci dà per un certo tempo la cessazione di ogni sofferenza, talora anche un prolungamento della vita di parecchi mesi. Ora un metodo che porta con sè questi vantaggi, non solo mi pare giustificato, ma preferibile a quelli che danno una mortalità maggiore, senza d'altra parte assicurarci di una guarigione duratura.

Per quanto riguarda la recidiva, bisogna anche tener conto del pericolo d'innesto durante l'operazione, pericolo sul quale già da tempo è stata richiamata l'attenzione, ma che forse non fu considerato abbastanza. Senza dubbio la maggior parte delle recidive avviene per noduli carcinomatosi lasciati durante l'atto operativo, tanto più che spesso vi sono delle propaggini visibili solo al microscopio e che sono già giunte nei parametrii; ma d'altra parte è d'uopo ammettere anche l'innesto come causa della recidiva.

Per evitar questo l'ideale sarebbe di sezionare la vagina e i legamenti col termocauterio, in modo da creare una barriera per la penetrazione di questo materiale infettante, e il metodo del Mackenrodt (64) mira appunto a questo scopo; ma anche per confessione dello stesso

autore è troppo pericoloso, perchè non si ha sufficiente garanzia dell'escara contro un' emorragia secondaria.

Si volle trovare nella forcipressura un mezzo per impedire con maggior facilità la recidiva, poichè non avendo la sicurezza che al di là del punto in cui si pratica il taglio, per quanto il tessuto possa apparire sano, non esistano focolai cancerosi, si cercherebbe di ottenere coi klemmer una mortificazione più estesa dei tessuti, per la quale gli eventuali esistenti nodi carcinomatosi verrebbero distrutti. Se questo concetto può sembrare giusto dal punto di vista teorico, non ha ancora però avuto la sanzione nella clinica.

D'altra parte collo stringere forte i lacci si può ottenere un effetto identico a quello delle pinze, contro l' uso delle quali altre ragioni stanno, come il pericolo di emorragie secondarie, tanto che noi vediamo valenti operatori che prima di esse si mostravano fautori, ora l' hanno del tutto abbandonato (Dimitri de Ott), e il dover lasciare aperta la cavità peritoneale con grave rischio di infezione.

Nè credo che col metodo dei klemmer si possano, nei casi di cancro, estendere le indicazioni operatorie, perchè o i parametri sono sani e allora l'utero facilmente abbassabile, i legamenti accessibili, si potranno porre agevolmente i lacci, o i parametri sono già largamente infiltrati, e allora non è più il caso di ricorrere ad un' operazione radicale.

Küstner (65), allo scopo di assicurare la mortificazione dei tessuti presi dai lacci, consiglia di sostituire la seta al catgut il quale per il rapido assorbimento, non offre, secondo lui, sufficiente garanzia; questa mortificazione dei tessuti, e in modo del tutto completo, io però ho sempre notato avvenire in tutte le nostre operate nelle quali unicamente il catgut si adoperò come materiale di allacciatura, praticando il trattamento estraperitoneale dei peduncoli, facendoli sporgere nella vagina.

Non sono certamente queste particolarità della tecnica quelle che possono avere una decisa influenza sulla prognosi dell'isterectomia, ma piuttosto la maggiore o minore diffusione del neoplasma e la possibilità quindi di poterlo estirpare completamente senza lasciare germi cancerosi. Questo è il maggior rischio che si corre.

Importante nella tecnica dell'isterectomia vaginale è il primo tempo, ossia il raschiamento delle masse carcinomatose e cauterizzazione successiva; questo da alcuni viene fatta immediatamente prima dell'ope-

razione, per altri invece è un atto operativo a parte praticato parecchi giorni prima dell' operazione radicale. Io credo più conveniente farlo precedere direttamente all'isterectomia, perchè non si viene in alcun modo ad influenzare il successivo atto operatorio, nel mentre rende più facilmente apprezzabili le vere condizioni dell'utero e ci aiuta assai nel giudicare dell' opportunità dell' operazione. Tanto più che, come Fehling (66) ha osservato, possono talora avvenire delle parametriti consecutive a raschiamenti precoci, guarite le quali, il carcinoma che era prima operabile non è più tale.

La tecnica che fu seguita nei casi qui riportati, salvo naturalmente piccole modificazioni che possono essere da ogni singolo caso richieste, è quella già descritta, ossia l' allacciatura e sezione progressivamente ascendente dei legamenti con fissazione dei peduncoli alla ferita vaginale e chiusura della cavità peritoneale.

Il raschiamento delle masse cancerose viene, come ho detto, praticato immediatamente prima dell'isterectomia, adoperando speciali strumenti, i quali vengono da poi completamente allontanati.

Si debbono esportare anche gli annessi? Per D. Ott (67) essi possono essere lasciati, quando sieno sani; egli fa questo perchè teme l'influenza della loro estirpazione sull' organismo. Vedremo in seguito come l'abbandono delle ovaie non abbia alcuna influenza sulla produzione di taluni sintomi risultanti dopo una operazione radicale.

Pozzi invece è dell'opinione contraria, e se la donna non ha ancora raggiunto la menopausa e se non vi sono grandi difficoltà gli esporta, anche per impedire alcuni inconvenienti osservati in donne dopo la loro conservazione; Mangiagalli (68), in base alle ricerche fatte da Villa, le quali escludono il timore di lasciare nella tuba degli elementi di recidiva, non crede necessaria la loro estirpazione.

Il Sondheimer (69) però ha illustrato un caso di carcinoma del corpo, nel quale trovò metastasi nel tratto medio della tuba.

D'Erchia (70) ha, in un caso di cancroide della portio, trovato uno zaffo carcinomatoso nello estremo ampollare della tuba.

Landau (71) osservò una recidiva sotto forma di tumore carcinomatoso dell'ovaio.

In base a queste osservazioni, è da ritenersi necessaria l'estirpazione degli annessi, poichè, data pure la rarità di questi reperti, è prudente tuttavia mettersi al sicuro d'una recidiva per questa causa.

Mangiagalli dallo studio delle statistiche, notando come dopo 4 anni le recidive avvengono eccezionalmente, trae la conclusione che solo dopo questo tempo possa parlarsi di una guarigione, non già definitiva, ma almeno duratura. La maggior parte però degli autori (Hofmeier, Schauta, Olshausen) stabilisce questo tempo in soli due anni, limite di tempo che è generalmente adottato.

L'indicazione ad un atto operativo radicale, fra i numerosi casi che capitarono all'osservazione, fu riscontrata in soli 44, poichè, per quanto si sia abbastanza larghi nel giudicare dei limiti di operabilità, tuttavia la maggior parte delle donne si rivolgono al medico, solo quando il male ha fatto tali progressi, sì che non solo inutile ma pericolosa sarebbe l'estirpazione dell'utero.

L'operazione fu praticata:

per carcinoma della portio	26	volte
» » della cervice	3	»
» » della portio e della cervice	2	»
» » del corpo	6	»
per adeno carcinoma del corpo . . .	6	»
per deciduo adenoma	1	»

Nella tabella qui unita sono notati in riassunto i dati che si riferiscono all'anamnesi delle operate, sia quanto riguarda i sintomi e il reperto anatomico.

Sopra queste 44 operate non si ebbe alcun caso di morte per la operazione. Ho avuto notizie o riveduto direttamente N. 32 operate.

Fra queste si ebbe recidiva in N. 15 donne, ossia il 46 0[0, delle quali ammalarono

2 mesi dopo l'operazione	N. 2
3 » » »	» 2
4 » » »	» 2
6 » » »	» 2
7 » » »	» 2
1 anno dopo l'operazione	» 3
1 1[2 » » »	» 1
2 anni » »	» 1

Se ora notiamo i risultati favorevoli, dobbiamo dire come fra le 32 operate rivedute rimasero del tutto sane dopo l'operazione fino ad

oggi, N. 17, cioè il 54 0[0. La durata della guarigione di queste è così divisa:

Da 4 anni	N. 4
» 3 »	» 1
» 2 anni e 8 mesi	» 1
» 2 anni e 4 mesi	» 1
» 2 anni e 2 mesi	» 2
» 1 anno e 6 mesi	» 1
» 1 anno e 4 mesi	» 1
» 1 anno	» 2
» 11 mesi	» 1
» 10 mesi	» 2
» 8 mesi	» 1

Se naturalmente non si può tener conto delle operate da meno di due anni, si può però asserire di avere una guarigione duratura per le restanti nove operate, poichè dopo più di due anni sono ancora immuni da recidiva.

Si avrebbe quindi una guarigione persistente nel 29 0[0. Ora anche una tale percentuale di guarigioni, date le condizioni in cui nella maggior parte dei casi venne praticata l'operazione, può giustificare l'intervento praticato.

Per quanto si riferisce ai momenti eziologici predisponenti al cancro dell'utero, non molti sono i dati che possiamo ricavare dall'esame dei nostri casi e questi sono troppo scarsi in numero per poter da essi soli trarre delle conclusioni che abbiano un certo valore.

Farò solo notare come l'idea, già da tempo espressa, che i parti ripetuti possano avere influenza sullo svolgersi successivamente di un cancro, troverebbe una conferma nelle nostre osservazioni, poichè sopra 44 donne ben 30 erano pluripare, una fra queste aveva avuto 18 gravidanze.

Quale rapporto esista fra i processi infiammatorii cronici dell'utero e l'infezione sifilitica col cancro, per le ragioni sopra esposte, non si può in modo esatto stabilire; certo si è che molte delle operate avevano per lungo tempo sofferto di disturbi della sfera genitale e qualcuna avea anche contratto la sifilide.

Merita piuttosto di essere qui ricordato come in molti casi (N. 1-4-16-30-31-32) i sintomi proprii dell'affezione non comparvero che assai

tardi, quando già la neoplasia avea fatto grandi progressi; questo decorso subdolo di una malattia così grave, è uno dei più serii pericoli per le pazienti stesse, poichè ricorrono all'opera del medico molto tardi, quando un intervento radicale spesso non è più possibile.

I sintomi più importanti e che prima di tutti aveano richiamata l'attenzione delle nostre ammalate furono le metrorragie e le menorragie, raramente i dolori, i quali riscontrai più frequentemente nei casi di cancro del corpo o in casi di cancro del collo diffuso al corpo.

Nelle donne E. Q. e B. G. (N. 15 e 36) oltre il carcinoma esisteva uno spiccato prolasso delle pareti vaginali nel primo caso, un prolasso completo dell'utero nel secondo; per questo all'isterectomia vaginale furono nella stessa seduta unite le plastiche.

Nel caso N. 22 oltre il carcinoma si avea una sacto-salpingite purulenta bilaterale. Assai interessante il N. 25, in cui, oltre il cancro della cervice, si aveva un utero bicorne ed un voluminosissimo ascesso tubo-ovarico a sinistra, il quale svuotato fu completamente esportato.

Tutte le operate, dopo un decorso post-operativo perfettamente regolare, lasciarono la Clinica in buone condizioni.

Ora tenendo conto che la mortalità immediata è ridotta al minimo, nei nostri casi al 0 0[0, considerando anche che fino ad oggi gli altri metodi non ci offrono garanzie migliori, per quanto si riguarda alla recidiva, io credo si possa affermare che l'isterectomia vaginale è ancora il metodo che deve meritare tutte le nostre simpatie.

(Continua).

RASSEGNA

C. MERLETTI. — **Sulle auto-intossicazioni gravidicne.** Ricerche critiche, chimiche ed istologiche. — *Morgagni,* anno XXXIX, N. 11-12, 1897. Milano, Società editrice libraria.

Lo studio della patogenesi dei processi di auto-intossicazione gravidica ha per razionale campo di indagine le modificazioni anatomiche e funzionali dalle gravidanze stesse indotte nei singoli apparati organici, essendo noto che l'auto-intossicazione è l'avvelenamento dell'organismo per effetto di veleni, che l'organismo stesso produce nella sua evoluzione vitale.

L'analisi delle nuove condizioni fisico-chimiche, in cui sono messi i sistemi funzionanti materni dallo sviluppo ovulare, ha dimostrato all'A. che appunto esse predispongono al facile stabilirsi della intossicazione autoctona. Fra le sorgenti di essa la putrefazione di origine gastro-enterica occupa, forse, il primo posto, essendosi essa dimostrata alla ricerca chimica (determinazione degli acidi solfo-coniugati nelle orine) aumentata in grado modico forse già nelle gravidanze che si considerano come fisiologiche; in modo cospicuo in molti stati patologici della gravidanza; in modo esagerato in alcuni casi di eclampsia.

Non tutti i fenomeni fisiologici e morbosi per i quali è invocata comunemente un'origine nervosa riflessa, non tutti, nè in ogni caso, si debbono incondizionatamente riportare ad essa: malattie intercorrenti, generali o locali e, specialmente, degli organi genitali; stati morbosi dello sviluppo ovulare; processi di auto-intossicazione in qualunque degli apparati organici, e, specialmente, nel digerente, possono costituire altrettante cause però di questi fenomeni.

La diagnosi di auto-intossicazione gravidica si fonda, principalmente, sui dati obbiettivi di cui i più importanti sono la forte diminuzione nella eliminazione dell'urea, l'albuminuria discreta e persistente e l'aumento degli acidi solfo-coniugati nelle urine. Molte manifestazioni morbose in gravidanza causate da auto-intossicazione intestinale, sono vinte da un intervento terapeutico sul tubo digerente.

Ricerche cliniche, chimiche ed istologiche inducono l'A. nel concetto che nè la nefrite gravidica nè la steatosi epatica siano necessarie allo sviluppo di una forma più grave di auto-intossicazione, l'eclampsia. Questa si osserva a volte con integrità anatomica perfetta degli emuntorî.

Dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico l'A. distingue due forme di

eclampside. L'una a decorso fulmineo e con integrità degli emuntorî, l'altra a decorso più lento e con lesioni epato-renali.

Per entrambe va chiamata in causa la teoria auto-tossica, sì che la graduale o repentina produzione tossica, creata dalla turba generale del metabolismo organico, concede, o non permette tempo allo stabilirsi delle alterazioni anatomiche. Con considerazioni cliniche e chimiche il Merletti ammette che anche nella patogenesi dell'accesso eclampsico, l'intossicazione d'origine gastro-intestinale possa — almeno in taluni casi — assurgere a dignità di causa determinante, date le altre predisponenti di origine materna e fetale.

Queste sono le idee svolte dall'A. con critica accurata e severa nel lavoro ricordato e nella nota preventiva pubblicata fin dal Gennaio dell'anno scorso.

La putrefazione intestinale nelle gravidanze rigorosamente fisiologiche e negli stati patologici della gravidanza fu studiata dall'A. con ricerche chimiche in 9, rispettivamente 21 osservazioni. Le ricerche istologiche furono istituite su fegato e reni nei casi di eclampsia. Per i particolari relativi a questi esami si consulti il lavoro originale ricco e preciso anche dal punto di vista bibliografico.

PATELLANI.

C. MERLETTI. — **Sulla cura del vomito incoercibile delle gravide.** — *Clinica Moderna,* anno IV, n. 1.

In base alle ricerche dallo stesso A. fatte e riassunte brevemente nella precedente rivista il Merletti ammette che in alcuni casi di vomito incoercibile non esista alcuna alterazione di struttura nè anomalia di rapporto degli organi genitali e si debba, nella patogenesi, risalire dall'ambito uterino a sorgenti più complesse, a turbe nel metabolismo organico determinate dallo sviluppo ovulare in tutti o quasi tutti i sistemi funzionanti materni.

La modificata crasi sanguigna, gli ostacoli allo esplicarsi della funzione digerente orinaria e respiratoria, il sovraccarico di lavoro imposto agli emuntorî e al sistema nervoso mantengono, nella gestante, un vero stato tossicoemico, di cui il vomito, semplice o grave, spesso non è che l'espressione clinica. Pur non volendo accettare cogli autori che tutti i vomiti incoercibili siano causati dalla tossiemia gravidica, per molti di essi, e giustamente, si deve riconoscere una natura tossica.

E le osservazioni cliniche danno ragione al Merletti. Un caso di cui espone l'A. la storia ha una particolare importanza perchè il rapporto di effetto a causa fra vomito ed origine tossica intestinale è dimostrato non soltanto dal criterio terapeutico « *a juvantibus* » ma anche dal dato obbiettivo del modo di comportarsi della reazione nota di Rosenbach.

Risultando dalle ricerche del dott. Zubiani di Pavia che la presenza della reazione rossoborgogna del Rosenbach può ritenersi non solo indice di putrefa-

zione intestinale, ma indice ancor più sensibile di quello dato dalla reazione dell'indicano, con essa che praticamente è alla portata di tutti, potremo — in un caso speciale — stabilire un programma terapeutico del vomito incoercibile. E riuscendo essa positiva dovremo procurare di ristabilire il circolo fecale e fare una ripetuta disinfezione dello intestino. E a ciò serve molto bene il calomelano.

PATELLANI.

F. LA TORRE. — **La creazione del sesso a volontà.** — Supplemento al *Policlinico,* 1898.

Lo Schenk, cercando di indebolire l'organismo materno, rendendo il sangue meno ricco di globuli, crede di essere arrivato a creare il sesso femmineo e, per legge naturale di contrasto facendo assorbire maggiore copia di sostanze azotate crede poter creare a volontà il sesso maschile. Il prof. La Torre opina non solo che lo Schenk non abbia tenuto in giusto conto il valore del padre, che ha pur tanta influenza nella procreazione, ma osserva altresì che quella teoria ci riconduce ai tempi nei quali la medicina si basava esclusivamente sopra i sistemi filosofici.

Il prodotto del concepimento risulta dalla penetrazione e fusione di due elementi maschio e femmina, con reciproca influenza nello sviluppo di tale prodotto eguale e forse con preponderanza dell'uno e dell'altro, secondo la forza vitale fermentativa di ciascuno di essi, laonde il problema deve essere studiato non solo dal punto di vista della madre, ma ben anco del padre e da quello della biologia. Ciò posto, osserva come dalla esperienza e dalle osservazioni sia dimostrato il sesso maschile essere in diretto rapporto collo stato di salute, di forza, di energia sessuale del padre, e come anche la clinica e la zootecnica di cui offre cifre statistiche e risultanze sperimentali non diano conferma alla ipotesi dello Schenk.

Ma ammesso pure di ottenere col metodo di Schenk una anemia artificiale, ha essa realmente influenza sullo sviluppo dell'embrione e sulla determinazione del sesso? Ecco ciò che si domanda l'A. Ma se la donna comincia la cura allorchè s'accorge di essere gravida, il metodo non ha più valore, per ragioni che ci vengono fornite dalle discipline embriologiche, le quali ci mostrano già alla 6.ª settimana la individualità del sesso formata, cui non varrebbe a modificare il regime debilitante inflitto alla madre, che del resto ancora non nutre direttamente l'embrione, che vive a spese di materiali della vescicola germinativa.

Per ciò la donna desiderosa di aver femmine dovrebbe sottoporsi al regime prima dell'inizio della gestazione. Ma l'esperienza quotidiana ci dimostra infinite madri, di maschia prole concepita ancora nel puerperio, nel periodo di esauriente allattamento, nella convalescenza di morbi esaurienti, fra gli stenti della più squallida miseria aggravata dalle più mortifere affezioni morbose, quali la tubercolosi, il cancro e via dicendo, e per converso donne viventi nella serena quiete, fra le

fortunate larghezze di una signorile esistenza, nel benessere organico assoluto, dar nascimento a femmine mingherline, in luogo di maschi robusti.

Così conclude il prof. La Torre: « Quale effettivamente sia la teoria di Schenk » e su quali fatti positivi esso poggia, noi non sappiamo in modo positivo; ma » discutendo sopra ciò che i giornali pubblicano e che non è stato smentito, la » famosa creazione del sesso a volontà sotto l'azione di un regime debilitante per » mezzo di dolciumi, mi pare il vero parto della montagna della favola, una vera » ridicolaggine. Essa non è accettabile, sia dal punto di vista dei risultati zootec- » nici, sia da quelli della Clinica; non può mettersi in rapporto colle idee em- » briologiche, come non va d'accordo colle ricerche biologiche. La teoria dello » Schenk, se io non m'inganno, è buona tutt'al più o per lo meno a determinare » uno stato di anemia artificiale, che unita a quella cagionata dalla gestazione, » può essere causa di veri stati morbosi della gestante: dello sviluppo della scro- » fola, della tubercolosi e dei catarri intestinali. Tutte condizioni codeste non » utili nè per la madre nè pel nascituro, il quale può più tardi buscarsi dei ma- » lanni, grazie ai capricci dei parenti. Lasciamo adunque che il mondo corra come » è corso finora, che non è, dopo tutto, il peggiore dei mondi, ed ove le cose, sotto » il rapporto dei sessi, non si sono compiute finora veramente male. Non potendo » far meglio, sarà bene non far peggio. » DECIO.

CHARRIER et APPERT. — **Recherche de la réaction agglutinante par la méthode de Widal dans les humeurs d'un embryon de trois mois, expulsé par une malade atteinte de fièvre typhoïde.** — *Bull. Soc. biol.*, Dic. 1896, p. 1103.

Ecco il risultato delle ricerche:

1.° Assenza assoluta della proprietà agglutinante nell'organismo fetale. Risultati questi concordanti con quelli raccolti da Etienne in feto di 4 mesi e 1[2 appartenente a madre morta per febbre tifoide.

2.° Presenza della proprietà agglutinante nella placenta.

Tale constatazione comprova, o sembra comprovare, che la placenta serve di filtro per trattenere nell'organismo materno non solo le sostanze agglutinanti, ma verosimilmente altresì le tossine, il cui passaggio nell'organismo fetale produrrebbe senza dubbio la comparsa della proprietà agglutinante. DECIO.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. **Ottobre 1898.** **Num. 10.**

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-9 NOV 98

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Torino

Prof. Comm. DOMENICO TIBONE

IL CRANIOTOMO-TRIVELLA

PERFORAZIONE E TRIVELLAMENTO

PEL

Dott. GIUSEPPE VICARELLI

Docente ed Aiuto.

> « La multiplicité seule des moyens préconisés par les auteurs, indique en effet leur peu d'efficacité, et l'incertitude de leur action. »
>
> (CHARPENTIER: *Traité pratique des accouchements*, tomo I, pag. 623).

Il proporre per la craniotomia del feto ancora contenuto nel seno materno un nuovo istrumento quando ricco, troppo ricco, ne è l'armamentario ostetrico, potrebbe sembrare a prima vista una cosa del tutto inutile e forse potrebbe dirsi anche nociva, nel senso che col moltiplicare i mezzi se ne aumenta l'imbarazzo nella scelta.

Ma se si considera che in medicina, quando molti e svariati sussidii terapeutici si propongono per curare uno stesso fatto morboso, pur troppo ciò ci sta ad indicare che non ci è bene nota la essenza del male o che non si è ancora trovato il mezzo per combatterlo; che in chirurgia, quando più metodi operativi si consigliano allo stesso scopo, vuol dire che nessuno corrisponde perfettamente a tutte le esigenze del caso e che ciascuno lascia qualche cosa a desiderare, se si fanno queste considerazioni, non sembrerà più nociva nè del tutto inutile o per lo meno sarà scusabile l'opera di chi seguendo il motto « provando e riprovando », tenta o spera di semplificare, di migliorare, di rendere infine più sicura e meno perigliosa l'opera del medico.

Nè volendo per nulla discostarci da ciò che spetta alla craniotomia, vediamo che i mezzi proposti per eseguirla sono così svariati e così

numerosi, che veramente sorprende non poco, tanto che può dirsi, senza tema di errare, che per nessun'altra operazione ostetrica s'inventarono strumenti e per numero maggiori, e per forma i più svariati, e per congegni i più ingegnosi come per la craniotomia.

Ragione principale di ciò l'essere questa operazione per gli antichi chirurghi l'unico mezzo di risorsa nei casi di parti difficili: l'essere la perforazione del cranio del feto, delle operazioni ostetriche, la più antica di nascita, la sola che nel volgere dei secoli venisse sempre consigliata ed eseguita, di modo che la sua storia si perde nella notte dei tempi.

Infatti già nelle opere d'Ippocrate (1) e di Celso (2) è descritta questa operazione nelle sue indicazioni, nella sua tecnica, negli strumenti necessari. Nè quindi ci sorprende se sorta così *ab antiquo*, sovrana perchè sola, indicata e praticata nei molteplici e più svariati casi di distocia, le difficoltà riscontrate e gli insuccessi ottenuti spingessero coloro che della assistenza ai parti si occupavano a rivolgere tutta la loro attenzione sull'istrumento come se questo dovesse semplificare e vincere ogni difficoltà e rincorare l'ostetrico nei terribili frangenti del parto distocico, in ispecie in allora che del parto non erano peranco conosciute le vere leggi che lo governano, del bacino non rilevate le deformità, delle risorse dell'arte non praticabili che il taglio cesareo e la craniotomia.

Di qui, dagli strumenti più semplici atti a perforare il cranio fetale, quali il comune bisturì o qualsiasi altro ferro acuminato, ai craniotomi a forbici in più modo foggiati; dai craniotomi impropriamente detti a trivella a quelli a trapano; da quelli semplici perforatori a quelli anche estrattori della testa; da quelli offensivi e pericolosi sempre a quelli offensivi e pericolosi a volontà, per modo che se si volessero riportare tutti gli strumenti ideati, modificati, proposti per praticare la craniotomia che pure oggi regna o quale operazione definitiva o quale atto preliminare, non poco arduo sarebbe il compito, magro il compenso, limitata la soddisfazione, poichè sempre vi potrebbe essere il dubbio di non essere riusciti completi.

---

(1) Ippocrate. « De morbis mulierum et de fœtus in utero mortui resectione. » Opera Faesius, lib. I. Lipsiae, pag. 183-193.

(2) Celso. « De Medicina, » libri octo. Edit. Krause, Lipsiae, 1766, Lib. VII, pag. 491.

Ma se tuttavia desiderio ci prendesse di conoscere il ricco strumentario immaginato per questa operazione, noi ci troveremmo appagati leggendo le tesi di Klees (1), di C. Sadler (2) e di Lévy (3), nella seconda delle quali, oltre quelli già descritti dall'Albukasis, figurano ben 60 varietà di fora-crani; ce ne persuaderemmo scorrendo l'opera di Kilian (4) e le tavole da lui raccolte nell'« Armamentarium Lucinae novum »; nel leggere e il Cap. XIII « Craniotomy » del trattato di F. Churchill « Theory and Practice, etc. » (5), e la memoria del Berruti « La craniotomia nella pratica ostetrica » (6) nelle cui tavole annesse sono riportate 52 incisioni di perforatori per il cranio fetale.

Ma tralasciamo di parlare di tutti questi istrumenti e veniamo a qualche considerazione sopra i craniotomi oggi in uso.

Le due forme di perforatori del cranio fetale che primeggiano in questi tempi nel campo ostetrico sono le antiche forbici dello Smellie (7) modificate dal Naegele (8) e coll'aggiunta portatavi dal Tibone (9) per la craniotomia a testa più specialmente anteriore al tronco, ed il trapano del Braun (10) riservato in ispecie per la perforazione della testa posteriore al tronco.

A buon diritto questi due tipi di craniotomi tengono il primato, poichè sebbene qualunque dei craniotomi proposti, specie se in mani esercitate, può riuscire allo scopo di aprire una breccia nel capo fetale e di non ledere per nulla le parti materne, pur tuttavia, questi ci offrono fino ad oggi sugli altri una maggiore garanzia per riuscire contemporaneamente ai due scopi prefissi.

Ma il craniotomo da preferirsi sarà quello che il fine raggiunga

---

(1) Klees. « De instrumentis ad perforationem capitis fœtus. » Jena, 1792.

(2) Sadler. « Varii perforationis modi descripti et narrati. » Diss. m. obst., Carlsruhae, 1826.

(3) A. Lévy. « Parallèle entre les perforations-trépans et les autres instruments proposé pour la diminution artificielle de la tête de l'enfant. » Thèse de doctorat, Strasbourg, 1849.

(4) Kilian (H. Friederich). « Armamentarium Lucinae novum. » Bonn, 1856 et « Operative Geburtshülfe, » 2.ª ed., Bonn, 1849, pag. 609-694.

(5) F. Churchill. « On the Theory and Practice of Midwifery. » London, 1860, pag. 360.

(6) Berruti G. « La craniotomia nella pratica ostetrica. » Torino, 1875.

(7) Smellie. « Traité de la théorie et pratique des accouchements. » Paris, 1754.

(8) Naegele. « Traité pratique de l'art des accouchements. » Trad. par G. A. Aubenas. Paris, 1869.

(9) Tibone. « Lezioni cliniche. »

(10) Braun C. « Trattato completo di ostetricia. » Trad. Lepidi. Napoli, 1869.

rispondendo simultaneamente a certe condizioni che potrebbesi dire indispensabili, enunciate dal Sadler (1) con le seguenti domande:

1.° *Num rationi suae, diametris capitis minuendis respondeant?*

2.° *Num matri sint innoxia?*

3.° *Num facile possint tractari?*

4.° *Num simplicia ac firma sint, ne inter usum deleantur?*

5.° *Num adspectu minus terribilia sint?*

6.° *Num parvis sumptibus parari possint?*

domande dal Berruti (2) emesse poi nelle seguenti proposizioni:

« Deve esser facile ed innocua la sua introduzione; certa e pronta la perforazione; impossibile il disguido dell'istrumento per evitare gravissime lesioni consecutive; deve aprire una breccia sufficientemente ampia; impedire il più possibile l'accavallamento dei margini della ferita e la formazione di scheggie; deve infine essere facile ed inoffensiva la estrazione dello strumento e possibilmente riunire nel medesimo il vantaggio di poter attaccare e rompere la base del cranio. »

A queste condizioni io aggiungerei anche queste altre, proprie di qualsiasi strumento chirurgico e rispondenti alle esigenze moderne, cioè: facile a sterilizzarsi, difficile a guastarsi, modico per quanto possibile il prezzo.

Le forbici dello Smellie modificate ed il trapano del Braun rispondono sempre a tutte queste condizioni volute? Francamente no.

Il craniotomo dello Smellie colle modificazioni Naegele-Tibone se giustamente sopra gli altri perforatori acuminati ci presenta il vantaggio di poter creare una breccia, lineare o crociata a volontà, più o meno ampia e di risparmiarci per questo, ed anche per il raro accavallamento dei margini della ferita, di ripetere l'atto operativo, ha comune con gli altri strumenti l'inconveniente assai grave di non garantirci dal pericolo di poter ledere o nella sua introduzione o nella sua estrazione, in specie se genitali ristretti, le parti materne od anco ferire la mano dell'operatore che introdotta nelle parti per proteggerle ne serve di guida, evenienze tutte che fanno nascere una certa trepidazione, naturale specialmente in chi non si è ancora famigliarizzato con l'istrumento. Inoltre nei casi in cui la testa da perforare si tro-

---

(1) SADLER, loco cit.

(2) BERRUTI, loco cit.

vasse ancora mobile allo stretto superiore, o male venisse applicata o mancasse d'un tratto la contropressione all'esterno che fissa la presentazione, o si avesse a fare con testa notevolmente ossificata per modo che se la perforazione non cade o sulle suture o sulle fontanelle si è costretti adoperare una discreta forza per cacciare dentro il cranio il tagliente, in tutti questi casi il craniotomo Smellie può facilmente sfuggire con grande nocumento di quelle parti materne che andrebbe a colpire, non trattenuto, per il repentino disguido, dalle dita che non possono circondarlo.

Inoltre il craniotomo a forbici non è l'istrumento più acconcio nei casi in cui si dovesse praticare la craniotomia a bocca uterina poco dilatata, perchè si correrebbe il rischio di ferirla nel mentre si apre l'istrumento, e tanto meno riesce pratico nei casi di craniotomia a testa posteriore al tronco.

Queste pericolose possibili evenienze che ci rendono sempre un poco trepidanti allora quando ci accingiamo a praticare la craniotomia colle forbici, furono il movente a che corressi col pensiero alla ricerca di un altro istrumento.

E veniamo ora ai perforatori a trapano.

Questi si cattivarono subito la simpatia degli ostetrici e dalla maggioranza si bandì essere il trapano lo strumento da preferirsi, come quello che meglio rispondeva all'esigenza dei casi e degli operatori.

Primi i nostri, Andrea della Croce (1) ed Assalini (2) si pronunciarono in favore di questa tecnica per perforare il cranio fetale.

C. Sadler (3), rigettando tutti gli altri craniotomi perforatori, solo il trapano vanta quale strumento il più razionale e l'unico da preferirsi. Con lo stesso intendimento scrissero in proposito il Ludovico Lewin (4) e Alessandro Levy (5) e C. Braun (6) ed in tempi a noi più vicini ugualmente troviamo patrocinatori dei craniotomi a trapano e

---

(1) Andrea della Croce. « Chirurgia universalis. » Venezia, 1560.

(2) Assalini Paolo. « Nuovi strumenti d'ostetricia e loro uso. » Milano, 1811.

(3) Sadler. Dissert. cit.

(4) Lewin L. « Nonnulla de perforatione obstetrica. » Dissertatio, Halae, 1838.

(5) Levy A. Op. cit.

(6) Braun. Op cit.

Simpson (1) e R. Barnes (2) e C. Schroeder (3) e O. Morisani (4) e Berruti (5).

Pur dividendo l'idea che la trapanazione risponda nel miglior modo alle condizioni volute per aprirsi una breccia attraverso il cranio fetale, io mi domando se il trapano, qualunque dei diversi modelli (ostetrici) si voglia adoperare, per il modo come è foggiato sia in verità l'istrumento più adatto per praticarla.

Se il trapano ha dei pregi sopra gli altri craniotomi in genere, non è scevro però di qualche inconveniente, in ispecie dal punto di vista pratico. Se il trapano da un lato ci garantisce da possibili lesioni o sulla donna o sull'operatore, la sua applicazione ci mette nella necessità di dover disporre di un certo numero di persone di assistenza e non prive di una certa speciale intelligenza, condizioni queste che non sempre abbiamo a disposizione nella pratica nè possiamo subito procurarci, data l'urgenza quasi sempre del caso. Se l'applicazione del trapano e la trapanazione della volta craniana è facile quando si tratta di testa anteriore al tronco, ed in questi casi il trapano potrebbe rappresentare una dovizia di mezzi, la trapanazione della base craniana a testa posteriore al tronco, dove il trapano trova appunto la sua più speciale indicazione, non è scevra di difficoltà nella sua riuscita; nè il più delle volte si ottiene subito l'intento con una sola applicazione. Di più è necessario, come atto preliminare, l'aprirsi una via attraverso le parti molli quando per aggredire la base si segua la via della regione pretracheale.

In tutti questi casi di testa posteriore dovendosi trapanare le ossa della base del cranio fetale, si richiede da parte dell'operatore e del coadiutore esplicare una certa forza che si traduce proporzionatamente in pressione per le trazioni sul tronco del feto atte a fissare la presentazione e mantenere a contatto colla superficie delle ossa la corona

---

(1) Simpson. « Cranioclaste. » *Gaz. hebd.*, 1863.

(2) Barnes Robert. « Leçons sur les opérations obstétricales. » Traduites sur la 2.e édit. par Cordes. Paris, 1873.

(3) Schroeder Carl. « Manuel d'accouchement comprenant la pathologie de la grossesse et les suites des couches. » Trad. de l'allemand par le docteur Charpentier. Paris, Masson édit., 1875.

(4) Morisani O. « La forza nei parti. » Napoli, 1874.

(5) Berruti. Op. cit.

del trapano, pressione che non sempre può riuscire innocua alle parti molli del canale pelvi-genitale: si richiedono per la tecnica operativa molteplici manovre non sempre troppo spedite quando si abbia a fare con genitali ristretti o speciali vizii di bacino: sono indispensabili talvolta la cloronarcosi ed un'assistenza numerosa ed intelligente: il più delle volte l'operazione si protrae per un certo tempo. Condizioni tutte che talora male si accordano per un felice pronostico per la puerpera.

Chi si sarà trovato di fronte a questi casi non potrà, siamo certi, non riconoscere esatto e giusto quanto noi siamo andati scrivendo a proposito della craniotomia, a testa anteriore o posteriore al tronco, eseguita con questi due strumenti. Considerazioni che in noi sorsero ogni volta che si dovette praticare la craniotomia durante il parto e che ricevono annualmente una sperimentale conferma quando nel corso dell'insegnamento delle operazioni embriotomiche sul cadaverino fetale, ai giovani laureandi impartiamo la tecnica e facciamo loro eseguire ripetutamente dette operazioni.

Se a queste considerazioni fatte altre ne vogliamo aggiungere intrinseche agli strumenti stessi, dobbiamo riconoscere che se il craniotomo dello Smellie è abbastanza semplice nel suo congegno, non egualmente può dirsi del trapano; che se quello può resistere a lungo alle avarie che dall'uso, dalla sterilizzazione e dal tempo derivano, non egualmente può resistervi il trapano, il quale, appunto perchè di un congegno più complicato, più facilmente può guastarsi; che infine aumentiamo l'armamentario ostetrico, e con questo anche il dispendio, di due istrumenti per una stessa operazione, avendosi nel trapano troppo e nelle forbici troppo poco per fare fronte con un solo a tutti i casi possibili.

È per tutto questo insieme che non ci sembrò cosa disprezzabile il cercare un unico strumento che, riunendo le buone proprietà ed ovviando il più possibile agli inconvenienti dell'uno e dell'altro, riuscisse da solo contemporaneamente allo scopo di praticare la craniotomia sia a testa anteriore che posteriore al tronco.

Corsi col pensiero alla trivella, ma non già ai craniotomi a trivella del Dugés (1) e del Rizzoli (2), che si dovrebbero più giustamente qua-

---

(1) Antoine Dugès. « Manuel d'obstétrique. » 3.e édit. Montpellier, 1840.

(2) F. Rizzoli. « Collezione delle memorie chirurgiche ed ostetriche, » vol. II: « Istrumenti ostetrici per la fetotomia. » Bologna, 1879.

lificare coll'appellativo di *craniotomi tirafondi*, perchè trattasi di una vite conica, ma alla trivella nella sua forma genuina, tale e quale viene intesa nel linguaggio comune e vediamo far parte degli attrezzi di alcune arti e mestieri, in ispecie di quelli del lavoratore in legno.

***

Craniotomo-trivella Vicarelli (metà della grandezza naturale).

Il craniotomo-trivella che io ho fatto costruire, nella forma, come apparisce dal disegno riportato, non diversifica per nulla dalla trivella conosciuta nell'industrie. Solo ho voluto che le sue dimensioni fossero subordinate a speciali criterii in rapporto al nuovo scopo cui viene destinata.

Ho preferito che tutto l'istrumento avesse una lunghezza di cm. 28 uguale a quella del craniotomo Smellie modificato, perchè dovendosi fare una craniotomia su testa allo stretto superiore, il manico dello strumento distasse ancora sufficientemente dai genitali della donna: affinchè la mano che deve impugnarlo ed imprimergli una rotazione da sinistra a destra, non urtando loro contro, possa compiere movimenti spediti ed innocui.

La lunghezza propria della trivella od elica mi sembrò opportuno non superasse i 5 cm. e precisamente meno dei diametri verticali della testa fetale, perchè in tal guisa viene evitata la possibilità di far funzionare l'istrumento oltre il necessario e quindi l'eventualità di perforare da parte a parte il cranio fetale, mentre poi e la cessata resistenza e la sensazione di sentirla libera entro

un'ampia cavità ci assicura della riuscita e della sufficienza dell' atto operativo.

Il suo diametro massimo raggiunge i 2 cm., stando in rapporto con il diametro delle branche piene del cranioclaste del Braun e della branca centrale del basiotribo dell'Auvard, per modo che il foro che ne risulta lascia non solo liberamente fluire la sostanza cerebrale, ma anche comodamente penetrare le branche piene di quegli istrumenti nei casi in cui la craniotomia venga praticata come operazione preliminare della cranioclastia o della basiotrissia.

I margini dell'elica non sono taglienti, il che sarebbe stato dannoso ed inutile: dannoso perchè coi bordi taglienti, sia nell'introduzione che nel funzionamento dello strumento potrebbesi correre il rischio di ferirsi l'operatore o di ledere le parti molli dell' operanda; inutile perchè la trivella per essere foggiata a spira e cuneiforme, ubbidendo più che alla vis a tergo al moto di rotazione impressole, penetra ed amplifica la breccia nell' istesso tempo. All'effetto del tagliente supplisce nei casi nostri egregiamente il moto girante con una debole pressione.

Sempre per renderla più innocua e rassicurante, i bordi della spirale non solo non sono taglienti, ma furono anche incurvati all'indentro per modo che la mano di guida può impunemente circondarla, e, se anche ciò non si facesse, nessun rischio corrono le parti molli del canale genitale, bastando un dito ad accompagnarne e proteggerne la punta.

L'apice della spirale neppur esso è tagliente; è soltanto per pochi millimetri assottigliato perchè possa la trivella, come suol dirsi, farsi strada: particolarità indispensabile che del resto non diminuisce per nulla la fidanza dell'operatore circa l'innocuità dello strumento, perchè, come si è detto, è sufficiente anche un solo dito per proteggere, dirigere e dominare questa unica ed assai limitata parte della trivella che può arrecare danno.

Questo craniotomo, veramente *a trivella* sia teoricamente che praticamente, sostituisce da solo e il craniotomo dello Smellie modificato ed il trapano del Braun. I ripetuti esperimenti praticati da Altri e da me sul cadaverino fetale, le numerose esercitazioni di prova fatte per un biennio dai giovani laureandi, i concordi risultati ottenuti sulla vivente in casi molteplici e svariati, e nella Clinica e fuori di questa, ci tranquillizzano sulla nostra asserzione.

La craniotomia, sia a testa anteriore che posteriore al tronco, viene colla trivella compiuta sotto forma di trapanazione (fig. 1.ª), modalità che tutti gli Autori riconoscono essere la migliore, come l'Auvard (1) ha egregiamente dimostrato, e per di più mediante una tecnica facile, sicura ed innocua: non ha la trivella gli inconvenienti del craniotomo Smellie, di essere istrumento pericoloso in più modi e per l'operatore e per la donna, di riuscire insufficiente nei casi di craniotomia a testa posteriore al tronco, di creare una breccia i cui margini talora si possono accavallare e dar luogo a scheggie esse pure temibili. Non rappresenta la trivella come il trapano di Braun o di Altri un istrumento di lusso nei casi di craniotomia a testa anteriore al tronco: non richiede a testa posteriore nè manovre meno facili nè la preliminare incisione delle parti molli: non reclama come il trapano quel ricco ed intelligente personale d'assistenza, poichè l'operatore da solo compie l'operazione e qualsiasi persona presente è atta a tendere il tronco del feto: non richiede l'impiego di una certa forza per effettuare la perforazione, perchè essa ubbidisce alle note leggi di meccanica proprie della vite: ed infine, a diversità del trapano, in un tempo minimo con manovre semplici ed innocue otteniamo sempre lo scopo voluto alla prima applicazione dello strumento, condizioni queste che ci dispensano anche dalla cloronarcosi.

Riproduzione dal vero.

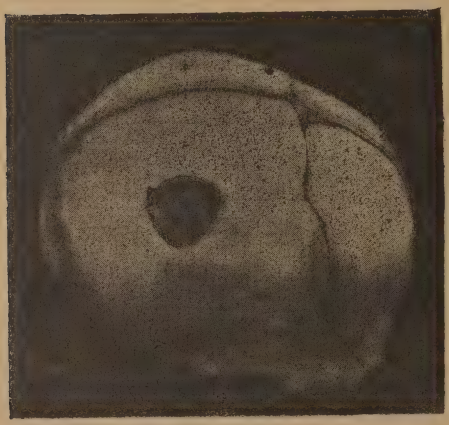


FIGURA 1.ª

Il craniotomo-trivella da noi proposto, rispondendo a tutti i casi in cui si voglia o si debba praticare la craniotomia ed alle esigenze di questa, semplifica l'armamentario ostetrico; per non presentare speciali congegni e per la sua solidità, le avarie del tempo e dell'uso sop-

(1) A. AUVARD. « De la pince a os et du cranioclaste. » Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1884.

porterà assai meglio che non il craniotomo dello Smellie o quello del Braun, ed alla sua semplicità che aumenta il pregio di un istrumento unisce anche un costo di quelli minore.

Si è in base a siffatte considerazioni che questo craniotomo-trivella ottenne favorevole accoglienza al IV Congresso della Società italiana di ostretricia e ginecologia, dove ebbi l'onore di presentarlo (1).

***

Nè alla semplice craniotomia, o ad una pura perforazione su altre parti fetali, secondo noi, secondo gli esperimenti fatti, i casi osservati ed i risultati ottenuti, la trivella è destinata.

Riportandoci a quanto suol fare talora il lavoratore in legno che per ledere, demolire la continuità di una grossa parte o per diminuirne la resistenza o per facilitarne la dieresi pratica col succhiello, con la trivella, su quella più fori gli uni dagli altri più o meno lontani, così noi pensammo che se sulla testa fetale si praticassero egualmente più fori, la testa verrebbe a perdere, per le sconquassate ossa, quella resistenza, quella forma, quel volume che le sono proprie e ridotta così in una sacca informe e cedevole non costituire più un ostacolo al parto.

Questa operazione che può propriamente denominarsi *trivellamento della testa*, consistente quindi nel praticare 2-3 fori sulla testa fetale, portandoci allo stesso risultato che la cefalotrissia o basiotrissia (riduzione o scomparsa dei diametri della testa), nella tecnica non presenta alcuna diversità da quanto abbiamo detto per la pura craniotomia.

Il trivellamento della volta craniana, quando si voglia o sia sufficiente demolire questa soltanto, a testa anteriore al tronco non presenta veruna difficoltà: trattasi semplicemente di dovere ripetere in più punti la perforazione.

Ma quando si vogliano o si debbano ridurre con quelli della volta anche i diametri della base, allora il trivellamento di questa, a testa sempre anteriore al tronco, francamente non sarebbe consigliabile, non perchè si supponga siano necessarie una tecnica speciale o manovre di una certa difficoltà, no, poichè la perforazione della base si compie

(1) « Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia, » IV Congresso. Roma, 1897, vol. IV, pag. 108.

nella stessa guisa e con la stessa facilità che quella della volta, ma perchè in questo caso speciale richiedonsi calma e prudenza, esattezza di diagnosi, famigliarità operativa. Facile a spiegarsi è la ragione di ciò: in questi casi forata la volta craniana dobbiamo perforare la base, di modo che la trivella per raggiungere lo scopo deve attraversare da parte a parte la testa del feto, per cui rimasta allo scoperto potrebbe ledere le pareti uterine.

Timore giustificato, evenienza grave, che ci consiglia a battere in questi casi un'altra via, quantunque gli esperimenti fatti sul cadavere ci abbiano addimostrato che se la trivella nel perforare la base è diretta secondo l'asse cefalo-podalico del feto, o con un dito di guida viene la sua punta portata contro il foro occipitale, la trivella cade nello spessore del collo del feto e quindi viene ad essere circondata dalle parti molli di questa regione: quantunque vedemmo che se anche dette cautele non si osservino, la trivella uscita attraverso l'osso occipitale o la regione pretracheale va ad impiantarsi nel tronco del feto medesimo, avendo sempre presente però che la perforazione delle ossa si compie mediante la trivella non per effetto di una vis a tergo più o meno ragguardevole, ma per conseguenza del moto di rotazione impressole, ed ebbimo anche ad osservare che, non dimenticando quest'ultima particolarità ricordata, la trivella attraversata la base, per esempio passando attraverso l'osso occipitale, viene dal cuoio capelluto per così dire incapucciata, e che logica porta a credere che la parete uterina non premuta dalla punta dell'istrumento non verrebbe ad essere lesa, non ostante questi favorevoli risultati sperimentali, pure francamente riconosciamo che in questi casi di testa anteriore per demolire la base convenga meglio far uso dei basiotribi, tipo Auvard a preferenza.

Se però si fosse sprovvisti di questi mezzi, di fronte ad un caso urgente, allora nell'interesse della salvezza della donna, alla quale o l'indugio o l'inazione riuscirebbero fatali, non dimentichiamo che con la semplice trivella possiamo ottenere lo scopo di ridurre i diametri della base craniana, ma nel praticare questa specie di basiotrissia a testa anteriore tornino alla mente quei pericoli, quelle cautele, quei consigli che noi medesimi volemmo ricordare e porre in evidenza.

Questo per il trivellamento della base a testa anteriore al tronco. Ma se invece dobbiamo demolire la base del cranio a testa posteriore

al tronco, allora il trivellamento in questi casi ritorna ad essere semplice, sicuro, ovvio come la semplice perforazione (fig. 2.ª).

Infatti, a testa posteriore al tronco, per presentarsi prima la base del cranio questa viene subito aggredita e sconquassata e così è rapidamente rimosso l'ostacolo precipuo alla pronta terminazione del parto, nè occorre più perforare la volta, che anzi ci servirà a rassicurarci della inoffensività dell'istrumento racchiuso entro la cavità craniana.

Se quindi il distruggere la integrità della base del cranio fetale, a ciò costretti, riesce, a differenza dei mezzi fino ad oggi usati, oltremodo facile mediante il trivellamento quando il feto venga in presentazione podalica, non potrebbe forse il pratico far fronte a questo genere di distocia meccanica, creandosi questa condizione favorevole che cioè la testa del feto sia posteriore al tronco?

Riproduzione dal vero.

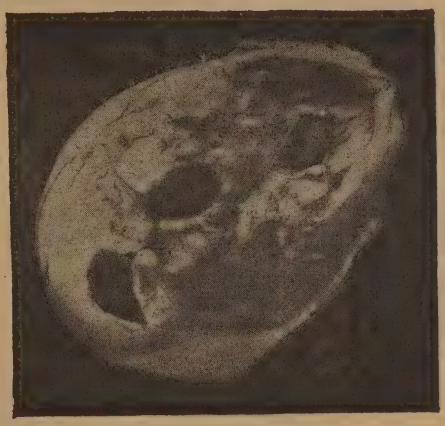


FIGURA 2.ª

E perciò di fronte a viziature pelviche di una certa rilevanza, di 2.° grado ad esempio, in cui si debba terminare il parto e la vita del feto, dato che sia vivo, si sia costretti a sacrificare, non sarebbe forse corretta l'opera di quegli che stretto dalle esigenze del pratico esercizio pensasse, condizioni permettendolo, al rivolgimento prima e poscia al trivellamento della base, su testa così ottenuta posteriore al tronco, per liberare la donna? oppure se impegnata la presentazione demolisse la volta con la perforazione e poscia, fatto il rivolgimento, trivellasse la base?

Volemmo ricordare di questa specie di cefalotrissia mediante il trivellamento della testa, le genuine impressioni che ne abbiamo ricevuto praticandolo, con l'unico scopo di mostrare al pratico un istrumento che ideato e destinato alla perforazione di qualsiasi parte del corpo del feto, può servire, quando si sia sprovvisti di strumenti spe-

ciali, a farci superare quelle difficoltà meccaniche alla pronta terminazione del parto, sulla quale riposa la salvezza della donna.

A questo semplice e modesto attrezzo, secolare ed invitto, che tolto dal laboratorio delle arti utili noi eleviamo ad istrumento chirurgico faranno buon viso, giova sperarlo, i Cultori dell'ostetricia.

ALCUNE NOTIZIE SUI CASI CLINICI

IN CUI VENNE USATO IL **CRANIOTOMO-TRIVELLA** VICARELLI.

1. Sezione II, N. 443, 17 Luglio 1897. — Ipara, d'anni 22, operaia. Gravidanza nella prima metà del IX mese. Bacino normale. Placenta previa. Entra in Clinica, già essendo stata più volte esplorata, in stato di collasso per ripetuti accessi emorragici sempre più gravi verificatisi in questi ultimi giorni. Esplorata si riscontra: collo dell'utero completamente trasformato e dilatato, membrane integre, porzione di placenta occupante la regione posteriore del segmento inferiore, procidenza del funicolo non pulsante. Pres. di V in O I S A mobilissima. Urine riccamente albuminose. T. 37. 6. P. 128.

Rianimata la donna, si rompono artificialmente le membrane e si pratica *con la trivella la craniotomia* che riesce oltremodo facile. Successivamente basta uncinare la testa con un dito attraverso il foro fatto perchè il feto venga estratto.

Feto lungo cm. 49, peso gr. 2030 senza cervello.

Il foro cadde sulla regione temporo-parietale sinistra.

Operatore dott. GORIA.

2. Sez. II, N. 18, 6 Novembre 1897. — Xpara, d'anni 35, casalinga. Dei parti precedenti uno terminato con aborto, tre con l'estrazione manuale per presentazione podalica, gli altri spontanei. Gravidanza quasi a termine. Bacino piatto, C. B. 182. Entra in Clinica in travaglio di parto: membrane rotte, collo scomparso, dilatazione di 4 cm., bordi resistenti, funicolo non pulsante e mano sinistra laterocidente, testa deviata a destra. Pres. V in O I S A. Alle ore 13 del 6 Novembre si pratica la *craniotomia con la trivella* e subito dopo si termina il parto spontaneamente.

Feto lungo cm. 47, peso gr. 2120 senza cervello. Puerperio normale.

Operatore prof. TIBONE.

3. Sez. II, N. 45, 23 Novembre 1897. — XIIpara, d'anni 39, casalinga. Statura 1,57, peso Kg. 72. Dei parti precedenti, tranne i due primi spontanei, il 3.° fu abortivo e tutti gli altri artificiali, chi per presentazione del piano laterale e chi per presentazione podalica. Entra in Clinica gravida all'8.° mese, in condizioni

disperate per nefrite parenchimatosa cronica riacutizzata dalla gravidanza. Si provoca subito il parto col metodo Krause-Tibone coadiuvato poscia dall'applicazione di un sacchetto dilatatore Champetier de Ribes, con trazione continua graduale. Condizioni sempre più aggravantisi per l'insufficienza renale. Urine ricche di albumina. Accessi gravi di dispnea. Alle ore 4 del 23 Novembre rottura artificiale delle membrane; collo non completamente trasformato, dilatato di 4-5 cm. Pres. V mobilissima sullo stretto superiore. Rivolgimento alla Braxton-Hicks. Il collo uterino ristrettosi sul collo del feto impedisce la estrazione della testa nonostante ripetute trazioni fatte sulle spalle e sul mento. Il feto nel frattempo cessa di vivere. Sempre più gravi gli accessi di dispnea nella partoriente. Si pensa allora al *trivellamento della base,* ma basta una sola perforazione praticata con la trivella in corrispondenza della regione mastoidea destra e che non presenta alcuna difficoltà, perchè la base venga notevolmente sconquassata e la testa ridotta di volume in modo, anche per la fuoruscita della sostanza cerebrale, da essere subito estratta attraverso a quel collo uterino spesso ed insufficientemente dilatato.

Feto lungo 44 cm., peso gr. 1570 senza cervello.

La donna successivamente muore ed all'autopsia è confermata la diagnosi clinica di nefrite parenchimatosa cronica riacutizzata dalla gravidanza.

Operatore prof. Tibone.

4. Sez. II, N. 83, 15 Dicembre 1897. — IIpara, d'anni 32, contadina. Statura 1,47, peso Kg. 51. Gravidanza precedente terminata all'8.° mese con feto premorto. Gravidanza attuale a termine. Bacino normale. Da tre giorni in travaglio di parto, membrane rotte. Feto in presentazione di spalla destra in C I S morto in travaglio. Fu sottoposta in sua casa a ripetuti tentativi di rivolgimento rimasti infruttuosi. Viene trasportata in Clinica, dopo aver percorso in quella rigida stagione 32 Km. di strada in un legno scoperto, esausta di forze e già in corso d'infezione. T. 38. 4, P. 136.

Spalla impegnata, utero retratto, segmento inferiore notevolmente disteso ed assottigliato. Rianimata si cloroformizza e si pratica prima la *perforazione del torace con la trivella* in prossimità del cavo ascellare destro, quindi si eseguisce la *exenteresis* e poscia si termina il parto con la *vertebroclastia.* Anche in questo caso la perforazione del torace con la trivella fu una cosa alquanto facile.

Feto lungo cm. 52, peso gr. 3320 senza i visceri toracici ed addominali. Puerperio morboso. Guarigione.

Operatore dott. Vicarelli.

5. Sez. II, N. 167, 30 Gennaio 1898. — I para, d'anni 25, contadina. Statura 1,54, peso Kg. 30. Bacino normale. Gravidanza al 7.° mese circa. Entra in Clinica in travaglio di parto ed a membrane rotte. Collo dell'utero trasformato e sufficientemente dilatato. Pres. di spalla sinistra C I S con feto mostruoso per enorme distensione dell'addome. Inerzia dell'utero. Si pratica la *perforazione dell'addome con la trivella* e fuorescono oltre 3 litri di liquido. Si termina il parto mediante l'estrazione manuale, essendo facilmente arrivati ad afferrare i piedi.

Feto di sviluppo appena settimestre. Puerperio regolare.

Dall'autopsia del feto risultò che il liquido era contenuto tutto nel retto intestino enormemente disteso e completamente chiuso in corrispondenza dell'orificio anale.

Operatore dott. Vicarelli.

6. Sez. II, N. 179, 7 Febbraio 1898. — IIpara, d'anni 24, contadina. Gravidanza a termine. Entra in Clinica dopo 32 ore di periodo espulsivo essendole stata somministrata la segala cornuta, sottoposta a ripetuti tentativi di estrazione col forcipe rimasti infruttuosi, ripetutamente esplorata e con estese soluzioni di continuo ai genitali. T. 37. 7, P. 80. Si riscontra: utero permanentemente contratto, vescica enormemente distesa da urina, collo dell'utero completamente dilatato. Pres. V in O I S A nello scavo, feto morto. Svuotata la vescica si pratica la *craniotomia con la trivella* ed uncinata la testa con il dito attraverso il foro fatto, viene estratto facilmente il feto in stato di incipiente putrefazione. Feto di sviluppo a termine. Puerperio morboso. Guarigione. Al 13.° giorno si stabilisce una fistola vescico-vaginale.

Operatore dott. Valdagni.

7. Sez. II, N. 270, 2 Aprile 1898. — IIpara, d'anni 32, contadina. Gravidanza precedente terminata con aborto al 6.° mese. Entra in Clinica in travaglio di parto da un giorno. Era stata sottoposta a ripetuti tentativi col forcipe e le era stata somministrata la segala cornuta. Gravidanza a termine. Bacino rachitico generalmente ristretto e piatto (C B 177). Lacerazioni multiple ed estese sulla vagina e sul collo uterino non completamente dilatato ed in parte riformatosi. Pres. V in O I S T con asinclitismo anteriore fissa allo stretto superiore. Feto morto. Utero tetanicamente contratto. Donna febbricitante ed esausta. *Craniotomia con la trivella* e cranioclastia. Feto lungo cm. 50, peso gr. 3070 senza cervello. Puerperio morboso gravissimo complicato al 13.ª giorno da sopravvenienza di fistola vescico-vaginale. La trivella aveva perforato il parietale destro.

Operatore dott. Vicarelli.

8. Sez. II, N. 311, 1.° Maggio 1898. — Ipara, d'anni 19, sarta. Statura 1,52. Gravidanza a termine. Bacino generalmente ristretto C B 168. Entra in Clinica già essendo stata ripetutamente esplorata, con membrane rotte e febbricitante. Collo trasformato dilatato di 5 cm. Pres. V, O I S A mobile. Applicazioni di dilatatori. Tentativi infruttuosi di estrazione col forcipe. Il feto viene a soccombere. La testa si mantiene mobile. *Craniotomia con la trivella,* cranioclastia. Feto quasi a termine di sviluppo. Puerperio morboso, guarigione. Il foro era caduto in tutta vicinanza della piccola fontanella.

Operatore dott. Valdagni.

9. Sez. II, N. 374, 8 Giugno 1898. — VIIpara, d'anni 34, casalinga. Parto precedente normale. Gravidanza attuale al 9.° mese. Bacino normale. Entra in Clinica in condizioni gravi di anemia per ripetuti accessi di metrorragia da placenta previa, ripetutamente esplorata e con leggero movimento febbrile. Il giorno 4 rottura spontanea delle membrane. Applicazioni di dilatatori idrostatici. Il giorno 8 non si avverte più il battito cardiaco fetale; collo dell'utero lungo 1 cm. a bordi spessi, dilatato da 5 cm. Testa mobile, cordone procidente non pulsante. Si sente una gran parte di placenta. T. 38. 4. *Craniotomia con la trivella* susseguita dalla cranioclastia. Feto lungo cm. 45, peso gr. 2020 senza cervello. Morte della donna per saproemia.

Operatore dott. Robecchi.

10. Sez. II, N. 398, 25 Giugno 1898. — Ipara, d'anni 30, sarta. Statura 1,52. Gravidanza all'8.° mese. Bacino normale. Entra in Clinica in travaglio di parto ed in stato di coma eclampsico. Anuria. Collo dell'utero lungo 2 cm. e dilatato per 2 cm. Applicazione del dilatatore Tarnier che porta subito la dilatazione a 4-5 cm. Rottura artificiale delle membrane. Pres. V mobilissima con procidenza di una mano e di un'ansa del funicolo non pulsante. Coma sempre più grave. *Craniotomia con la trivella,* cranioclastia. Feto lungo cm. 48, peso gr. 2800 senza cervello. La donna non si riebbe dal coma e dopo 5 ore dal parto altri accessi e morte. La trivella era caduta sulla sutura biparietale in prossimità della fontanella.

Operatore dott. Robecchi.

11. Sez. II, N. 410, 2 Luglio 1898. — VIIIpara, d'anni 34, casalinga. Dei parti precedenti due artificiali. Donna oltremodo deperita. Gravidanza a termine. Bacino normale. Entra in Clinica in travaglio avanzato, ripetutamente esplorata, in stato gravissimo di adinamia tanto da non permettere subito la pronta terminazione del parto. Membrane rotte. Nonostante il largo uso di eccitanti, lo stato generale poco migliora. T. 38, P. 150, R. 58. Dopo 12 ore di aspettativa si applica il forcipe. Feto oltremodo sviluppato in stato di sofferenza; collo completamente dilatato. Pres. V, O I S A, fissa allo stretto superiore. Non si riesce col forcipe a far progredire la testa, lo stato grave della donna ed il volume della testa fetale non permettono di insistere nelle trazioni. *Craniotomia con la trivella praticata fra le branche del forcipe.* Estrazione mediante il cranioclasta. La donna non si riprende dal collasso e viene a morire due ore dopo il parto.

Feto lungo cm. 52, peso gr. 3400 senza cervello.

Il foro con la trivella cadde sulla sutura occipito-parietale sinistra.

Operatore dott. Robecchi.

12. Sez. II, N. 438, 11 Luglio 1898. — IIIpara, d'anni 32, domestica. Parti precedenti regolari. Gravidanza attuale gemellare ed al 6.° mese. Dopo alcuni giorni di maggiori fatiche è presa da dolori che la donna stessa riferisce del tutto analoghi a quelli del parto e nota un leggero gemizio di sangue dai genitali. I dolori e l'emorragia vanno accentuandosi per modo che ripara in Clinica. Si riscontra: collo in via di trasformazione, dilatazione di 2 cm., non si sente placenta. Non si sente battito cardiaco. L'emorragia accidentale si va facendo continua e grave. Si decide il pronto svuotamento dell'utero. Collo non completamente trasformato, dilatazione di appena 4 cm. *Craniotomia con la trivella* nel primo feto in presentazione di vertice ed estrazione col cranioclaste. Estrazione manuale del 2.° feto in presentazione podalica. Emorragia del secondamento per distacco incompleto delle placente riunite fra loro. Secondamento manuale. Vinta l'emorragia.

La trivella rispose egregiamente tanto più date le speciali condizioni del collo, testa piccola e mobile. Il foro cadde in corrispondenza dell'occipite.

Operatore prof. Tibone.

13. Sez. III, N. 78, 7 Marzo 1898. — Ipara, d'anni 24, operaia. Statura 1,38, peso Kg. 49. Bacino generalmente ristretto, C B 188. Gravidanza a termine. Li 5 Marzo rottura precoce e spontanea delle membrane, a collo uterino lungo quasi

2 cm., però dilatabile fino a 2 cm. Applicazione in vagina d' un sacchetto dilatatore del Champetier de Ribes. Il 6 Marzo accenni di sofferenze fetali, collo uterino un poco più trasformato. Applicazione del sacchetto nell' utero; il 7 Marzo il sacchetto viene cambiato, contrazioni uterine poco efficaci. Alle ore 16.30 il sacchetto viene espulso in vagina. Esplorata la donna si trova: collo uterino trasformato, bocca a margini rigidi e dilatata di 6-7 cm., funicolo procidente e non pulsante. Pres. V in O I S A mobile allo stretto superiore. Donna stanca e leggera ipertermia (37.5); edema acuto dell'arto inferiore destro dolente in corrispondenza del triangolo di Scarpa. Sotto la cloronarcosi si pratica alle ore 19.30 del 7 Marzo la *Craniotomia colla trivella* e poscia si estrae il feto mediante la cranioclastia.

La perforazione, quantunque in condizioni poco favorevoli perchè dilatazione incompleta, presentazione mobile, e non cadente nè su sutura o fontanella, si compiè in modo del tutto semplice e facile. La trivella cadde in corrispondenza del parietale destro. Feto lungo cm. 50, peso gr. 3000 senza cervello. Puerperio patologico.

Operatore dott. Valdagni.

14. Sez. III, N. 80, 8 Marzo 1898. — Ipara, d'anni 22, operaia. Statura 1,41, peso Kg. 50. Bacino rachitico generalmente ristretto; C B 182. Gravidanza alla metà del 9.° mese. Provocazione del parto prematuro col metodo Krause-Tibone, li 4 Marzo. Alle ore 8.20 dell' 8 Marzo rottura spontanea delle membrane; collo ancora lungo 2 cm., permeabile al dito, oltre la sonda, l'orificio uterino interno, procidenza del funicolo che vien ridotto con mezzi istrumentali. Nelle ore pomeridiane sofferenze fetali e rapida scomparsa del battito cardiaco fetale. Alle ore 20 dilatazione di 7-8 cm. Pres. V, O I S A impegnata. Si pratica il *trivellamento della volta* con tre perforazioni: rapida riduzione del volume della testa fetale. Basta uncinare col dito la testa del feto e fare poche trazioni perchè questi venga espulso. Anche in questo caso il trivellamento si addimostrò operazione oltremodo facile ed innocua. Feto lungo cm. 52, peso gr. 2650 senza cervello. I fori caddero sui parietali e sulla sutura sagittale. Puerperio normale.

Operatore dott. Robecchi.

15. Sez. III, N. 118, 18 Maggio 1898. — Ipara, d' anni 36, domestica. Statura 1,40, peso Kg. 57. Bacino generalmente regolarmente ristretto, C B 190. Gravidanza a termine. Rottura precoce delle membrane il 16 Maggio: nessuna trasformazione del collo. Applicazione di un sacchetto dilatatore in vagina, poscia nell'utero. Il giorno dopo, applicazione del dilatatore Tarnier: collo uterino resistente. Alle ore 6 del 18 Maggio si iniziano sofferenze fetali; collo uterino ancora lungo e poco dilatabile. Pres. V, O I D T deviata nella fossa iliaca destra. Scompare il battito cardiaco fetale. Alle ore 15 collo ancora spesso, dilatato di 6-7 cm.: testa asinclitica (asinclitismo anteriore). Donna stanca. *Craniotomia con la trivella* e successivamente applicazione del basiotribo Auvard. La perforazione del cranio era caduta sul parietale anteriore in vicinanza alla piccola fontanella. Feto lungo cm. 50, peso gr. 3000 senza cervello. Puerperio normale.

Operatore dott. Vicarelli.

16. *Policlinica esterna,* N. 68, 4 Maggio 1897. — IIpara, d'anni 22, casalinga. Parto precedente spontaneo a termine. Bacino normale. Gravidanza a termine. Dal

giorno 3 si inizia il travaglio, ma questo non effettuandosi, si chiama la Guardia e si trova: donna sfinita; utero permanentemente contratto. Notevolmente distesa la regione ipogastrica; non si percepisce il battito cardiaco fetale. All'esplorazione: bocca uterina a bordi spessi, dilatata di 7 cm. circa, chiari i sintomi di testa idrocefalica. *Craniotomia con la trivella:* operazione oltremodo semplice. Fuoresce oltre 1 litro di liquido. Si uncina con un dito, attraverso il foro fatto, la testa e la estrazione è prontamente compiuta. La trivella cadde in corrispondenza della sutura occipito-parietale destra vicino alla fontanella triangolare. Feto lungo 57 cm., peso gr. 3450 non compreso il liquido uscito. Puerperio normale.

Operatore dott. Robecchi.

17. *Policlinica esterna,* N. 201, 25 Dicembre 1897. — IIIpara, d'anni 34, casalinga. Dei parti precedenti il 1.° artificiale (forcipe), il 2.° spontaneo. Gravidanza a termine. Bacino imbutiforme. Donna da due giorni in travaglio. Chiamata la Guardia, trovasi edema rilevante dei genitali, dubbio il battito cardiaco fetale; pres. V con rotazione sacrale dell'occipite allo stretto inferiore, testa non flessa. Collo scomparso. Si tenta inutilmente la estrazione col forcipe. Non essendovi più alcun dubbio sulla morte del feto, si pratica la *Craniotomia con la trivella* e poscia si applica il basiotribo Tarnier 1.° modello. Feto a termine di sviluppo. Puerperio normale. La trivella cadde sulla sutura sagittale.

Operatori dott. Valdagni e Pozzi.

18. *Policlinica esterna,* N. 61, 25 Aprile 1898. — Ipara, d'anni 22, casalinga. Gravidanza a termine. Bacino piatto, C D 95. Rottura precoce delle membrane. Da 4 giorni in travaglio. Chiamata la Guardia, trovasi: collo trasformato, dilatato di 6 cm. Pres. V, O I S A nello scavo; feto morto; donna sfinita. Si pratica la *Craniotomia con la trivella* e per sollecitare la terminazione del parto si pratica pure la cranioclastia. Feto a termine di sviluppo. Puerperio regolare. Il foro sul cranio era caduto in corrispondenza della sutura biparietale.

Operatore dott. Valdagni.

19. *Policlinica esterna,* N. 144, 18 Settembre 1898. — IVpara, di anni 38. Parti precedenti spontanei, a termine. Bacino normale. Gravidanza all'8.° mese. Al mattino del 18 Settembre viene chiamata la Guardia perchè la donna è colpita da ripetuti accessi metrorragici e fu riscontrato: donna profondamente anemica. Collo dell'utero in via di trasformazione, dilatato di 2 cm. ed occupato completamente dalla placenta. Tamponamento vaginale, eccitanti. Alle ore 16 si aggravano le condizioni generali della partoriente. Tolto il tamponamento si trovano grossi coaguli di sangue, bocca uterina dilatata di 3 a 4 cm. Dappertutto tessuto placentare. Si rompe la placenta e si pratica il rivolgimento alla *Braxton-Hicks.* Urgendo terminare il parto per l'aggravarsi sempre più delle condizioni generali della donna, trovandosi delle difficoltà nell'estrazione della testa perchè la bocca uterina non era sufficientemente dilatata e per di più feto morto, si pratica la *trapanazione su testa posteriore con la trivella.* Facile riesce l'operazione, pronto l'effetto e lo scopo voluto. Il foro era caduto sull'occipite in vicinanza del foro occipitale. Tamponamento Dührssen. Ipodermoclisi. Eccitanti. Donna salva. Puerperio regolare.

Operatore dott. Valdagni.

20. *Pratica privata*, 10 Settembre 1898. — A. L., Ipara, di anni 21, casalinga. Statura bassa, bacino generalmente ristretto rachitico. Gravidanza normale a termine. Da due giorni in sopraparto e con membrane rotte. Non effettuandosi il parto viene chiamato l'ostetrico che trova il collo dell'utero trasformato e dilatato di 7-8 cm. a bordi spessi, membrane rotte. Testa alquanto modificata ed allo stretto superiore. Feto morto, donna esausta e con movimento febbrile. *Craniotomia con la trivella* e successiva applicazione del cranioclaste per sollecitare ognor più il pronto svuotamento dell'utero. L'operazione riesce oltremodo facile e pronta. Il foro era caduto sul parietale sinistro. Feto lungo cm. 51, peso gr. 3300 senza cervello e in incipiente macerazione. Puerperio normale.

Operatore dott. VICARELLI.

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova
diretta dal Prof. Luigi Acconci

DELLA ISTERECTOMIA VAGINALE

STUDIO CLINICO

DEL

Dott. AGOSTINO SAPELLI

Primo Assistente.

(Continuazione, vedi pagina 772).

Lesioni infiammatorie degli annessi.

Il trattamento chirurgico delle lesioni degli annessi dell'utero, se noi lasciamo da parte le operazioni palliative, l'incisione diretta dei tumori pelvici suppurati, l'uso del setone preconizzato di Lisfranc, il drenaggio ad ansa ecc., si può dire che dati da poco più di 20 anni; eppure in così breve tempo ha fatto notevoli progressi.

Se nel primo sorgere della cura chirurgica di tali lesioni gli operatori ricorsero più volentieri alla via addominale, ciò si spiega pensando che questa, già da tempo usata per altre affezioni, dava anche maggior fiducia dopo l'acquisto delle nuove cognizioni sull'antisepsi. Ma allorchè diminuirono i timori che aveano fatto nascere le teorie sulla *flora vaginalis*, scoraggiati anche gli operatori dai non pochi insuccessi avuti, la via vaginale andò acquistando favore.

Se l'idea di curare le malattie degli annessi per la vagina era sorta e stata attuata già fin dal 1857 con Atlee (72), se già nel 1869 Battey (73), Gaillard Thomas nel 1870 (74), Davis nel 1874 (75), Gilmore nel 1873 (76), Clifton Wing nel 1876 (77), Goodell nel 1877-79 (78), aveano per questo ottenuti brillanti risultati, pure non è che dal 1886 che per opera di Péan questa via venne prescelta.

In base ai successi ottenuti, il Péan nel 1888 applicava la castrazione uterina come trattamento delle suppurazioni pelviche, facendo su quest'argomento la sua prima comunicazione nel 1890, dapprima a Parigi e poi al Congresso di Berlino. Ne seguirono discussioni notevoli anche per la vivacità degli attacchi fatti a questo metodo che però

andò sempre più diffondendosi. Il Péan però si limitava ad esportare solamente l'utero, poco preoccupandosi di togliere gli annessi ammalati; nel maggior numero dei casi praticava l'isterectomia per spezzettamento, aprendo così le raccolte purulente peri e parametritiche e salpingee eventualmente esistenti.

Fu anzi questo uno dei punti principali per la critica fatta al metodo in generale, metodo però che in seguito venne modificandosi, unendo sempre all'estirpazione dell'utero anche l'esportazione degli annessi. In Italia Inverardi fu tra i primi che nelle lesioni degli annessi eseguì l'istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Non è a credersi però che ancor oggi siasi raggiunto un completo accordo, poichè anche attualmente si discute quale sia il metodo che deve scegliersi nel trattamento di tali affezioni, se si debba ricorrere alla via vaginale o alla via addominale; e anche maggiore ora è la discussione, poichè solo da pochi anni si è introdotto nella pratica l'isterectomia totale addominale che alcuni vorrebbero sempre fosse il metodo di scelta.

Se io devo giudicare in base alle osservazioni fatte, in base ai risultati che ho potuto constatare, io credo di poter affermare che la esportazione dell'utero e degli annessi *per vaginam* sia il metodo che ci mette più al sicuro di risultati favorevoli, sia immediati che remoti. Dico il miglior mezzo e non l'unico perchè sarebbe grave errore il voler essere esclusivisti; ma certo nei casi in cui i due metodi possono essere messi in questione come trattamento di scelta, in alcuni casi speciali, che sono d'altra parte abbastanza frequenti, la via vaginale mi pare debba preferirsi. Ogni qualvolta esiste una lesione bilaterale degli annessi, quando cioè non si può nulla attendere da una cura conservativa, quando l'utero da solo rappresenta un organo non solo inutile ma dannoso, tutte le volte che gli annessi non sono situati tanto in alto da non poterli raggiungere, in tutti i casi in cui esiste una raccolta purulenta, sia tubarica, sia del peritoneo pelvico, specialmente poi se è avvenuta la formazione di fistole esterne o comunicanti cogli organi vicini, il metodo vaginale sarà quello che potrà dare i migliori risultati. Se facciamo un esame comparativo fra l'asportazione degli annessi per laparotomia od anche fra l'isterectomia totale addominale e l'isterectomia vaginale, noi potremo subito convincerci dei vantaggi che quest'ultima ha sulla prima.

Intanto nei casi di suppurazione pelvica, qualunque ne sia la forma,

noi dobbiamo seguire il principio che constatata la presenza di pus, bisogna darvi esito. È vero che si osservano delle donne che per anni portano delle raccolte purulente incistate senza notevoli disturbi, ma a parte il fatto che spesso la natura di per sè pensa a creare una via di uscita al pus, vengono sempre o prima o dopo dei fenomeni tali che impongono un atto operativo. Non bisogna quindi illudersi nell'attesa, ma essere ossequienti al detto: *Ubi pus ibi evacua,* e cercare di fare l'asportazione delle sacche purulenti. Non credo che nella raccolta purulenta della tuba o dell'ovaio la semplice spaccatura, fatta per via vaginale, possa erigersi a metodo come vuole Laroyenne (79), Blanc (80), Goulliod (81), La Bonnardière (82). Se l'incisione vaginale può servire, ciò sarà più come tempo preparatorio ad una successiva operazione radicale, che come metodo, ecc. Io ho visti tre casi (N. 54, 74, 80), in cui i risultati della semplice incisione furono nulli.

In uno (N. 54) dopo la spaccatura residuò una fistola da cui per ben due anni continuò a fuoruscire pus; chiusasi questa, ricomparvero disturbi tali per cui l'ammalata dovette essere operata di isterectomia vaginale.

Negli altri due casi la raccolta tubarica aveva già trovato spontaneamente esito in vagina e nel retto; in entrambe la spaccatura vaginale, ampiamente praticata, non fece cessare menomamente i disturbi, scomparsi invece completamente dopo un atto operativo radicale. Del resto questi casi non sono isolati, Reynier, al Congresso di Ginevra, 1896, ne citava 46, in cui dopo l'incisione vaginale, fu costretto per guarire le inferme a praticare 9 volte l'isterectomia e 4 volte la laparotomia. Dopo tale atto operativo difatti noi non siamo sicuri di non aver lasciato delle altre raccolte non aperte, non solo, ma spesso si formano delle aderenze viziose le quali, accompagnate da dolori e da disturbi funzionali, rendono alle pazienti intollerabile la vita.

Assai più conveniente è quindi ricorrere in questi casi ad atti operativi più radicali, ma colla laparotomia noi abbiamo subito qui un grande pericolo: la virulenza del pus. Data la difficoltà di asportare le sacche purulente senza romperle, data la diversa resistenza del peritoneo addominale in confronto del peritoneo pelvico, la benchè minima infezione resta chiusa e facilmente si diffonde per tutto il peritoneo, trovando condizioni favorevoli nelle irregolarità e anfrattuosità della cavità peritoneale stessa. Di più come fa notare Gebhard (83), la

prognosi dell'operazione non solo dipende dallo stato di virulenza del pus, ma in special modo dalla qualità del materiale morto su cui questi microrganismi si possono sviluppare; ora di questo materiale morto, e come tale egli considera il sangue, i peduncoli allacciati ecc., ne esiste sempre in ogni laparotomia.

Si potrebbe è vero, come Schauta (84) pratica, fare l'esame bacterioscopico del pus e se contiene streptococchi o stafilococchi, rimandare l'apertura e asportazione della sacca ad una seconda seduta; ma questo esame così rapido non offre sufficienti garanzie, come non presenta grande sicurezza l'isolamento della cavità peritoneale con compresse variamente addattate. Molti consigliano di attendere che il pus si attenui nella sua virulenza, ma dopo quanto tempo potremo noi esser certi della sterilità del pus? Kiefer nella seduta 26 Novembre 1896 della Società di Ginecologia di Berlino (85), riferendo i risultati di ricerche fatte, afferma che la sterilità si ottiene 6 mesi, al più tardi un anno, dopo che si ebbe la cessazione della febbre e di ogni reazione peritoneale; Winter però non crede sufficienti questi due dati per giudicare della cessata virulenza del pus nel mentre che egli dice opportuno fare una differenza dalla qualità dei germi infettivi; così per es. una raccolta gonorroica può essere considerata come sterile dopo 6-8 mesi. Io voglio qui far notare come già Zweifel (86) avesse osservato che i gonococchi di una raccolta chiusa, incistata, come sarebbe appunto una raccolta tubarica, assai presto muoiono. Ma poichè non è sempre possibile fare praticamente una differenziazione esatta dell'agente dell'infezione, io trovo giusto quanto dice Gottschalk, che cioè praticamente tutte le raccolte purulente debbono ritenersi come settiche e quindi essere necessario circondarsi di tutte le precauzioni possibili per evitare un'infezione.

Ora questo scopo si raggiunge assai bene colla isterectomia vaginale, perchè si può con attenzione e prudenza evitare la rottura delle sacche, oppure si può addirittura aprirle nel punto più declive, dimodochè il pus trova facile scolo all'esterno senza infettare minimamente il peritoneo. Peritoneo poi che non subisce i maneggi inevitabili in ogni laparotomia, poichè qui non abbiamo anse intestinali esposte, si può dire che si opera quasi extraperitonealmente. E questo ha grande influenza sul traumatismo operatorio; chiunque abbia osservato operate con i due metodi, non può aver fatto a meno di notare la grande dif-

ferenza che esiste fra esse; le operate per via vaginale pare che non abbiano subìto un' operazione così grave, già Schröder diceva delle isterectomizzate « sie liegen da als normale Wöchnerinnen. »

L'isterectomia vaginale è un' operazione periferica del peritoneo (D'Antona) (87), e queste operazioni già dai tempi antichi si ritenevano come meno pericolose: d'altra parte è noto come il peritoneo pelvico nelle donne ha una resistenza assai grande alle infezioni e a questa deve certo contribuire la comunicazione che esso ha col mondo esterno per mezzo delle tube. Ma oltre questo noi dobbiamo tener conto delle possibili lesioni dell'intestino. Colla posizione del Trendelenburg, è vero, si può rendere più accessibile il campo operativo, e il pericolo di ledere le anse intestinali è diminuito, ma bisogna tener conto che le aderenze le più frequenti e più tenaci sono nel fondo del bacino e sovente col retto che più facilmente è soggetto a lacerazioni e in questi casi la posizione data all' ammalate non reca grandi vantaggi, tanto più che si è obbligati ad operare attraverso ad una apertura la quale si trova lontana dalla sede delle lesioni.

E se lacerazioni intestinali avvengono quali ne sono i risultati? La produzione di fistole ribelli ad ogni trattamento, se pure la peritonite immediata non uccide la donna. E queste lesioni non sono rare: Richelot (88) cita un operatore, che naturalmente non nomina, il quale, volendo provare la superiorità della laparotomia sull'isterectomia vaginale, praticò 5 laparotomie una di seguito all' altra; in ben tre casi dovette applicare il bottone del Murphy. Dudley (89) riportò 74 casi di fistole intestinali di cui 33 dovute allo scollamento di sacche suppurate. Terrier ed Hartmann (90) sopra 90 laparotomie per lesioni periuterine notano 18 lesioni dell' intestino, di cui 7 dovute allo scollamento degli annessi.

Nell' isterectomia vaginale questi fatti sono assai più rari: Baudron (91) sopra 200 casi segnala solo 2 lesioni delle pareti intestinali del tenue e 4 del retto; Lafourcade (92) cita 3 fistole intestinali sopra 138 casi; Segond (93) tre lesioni del retto sopra 250 operazioni.

Sopra i 131 casi operati dal prof. Acconci, solo 4 volte si ebbe lesione del retto, ed in due casi si trattava di piosalpinge tubercolare in cui il processo si era diffuso alla parete intestinale.

A proposito di queste lesioni, bisogna notare il modo di produzione di queste fistole, perchè non sempre esse dipendono da ferite

direttamente fatte dall'operatore. Vi sono casi in cui sia per la natura dell'affezione, sia per il rapporto degli annessi ammalati colle pareti intestinali, il processo si diffonde a queste alterandole intimamente; la coesistenza non rara del *bacterium coli* nelle annessiti suppurate può servire come prova delle strette aderenze che si formano fra le sacche suppurate e le pareti intestinali. Ora col procedere del processo lasciato a sè si formerebbe spontaneamente una fistola comunicante col retto; praticando invece l'isterectomia ed asportando le sacche che erano a contatto diretto colla parete intestinale, si viene a togliere il sostegno alla parete stessa, per cui questa cede sotto l'aumento della pressione interna. Jayle (94) ha riportato tre di questi casi, in due di quelli da me osservati si può invocare lo stesso modo di produzione della fistola. In entrambi si trattava di sacto-salpingite purulenta tubercolare con fatti di peritonite ed enterite tubercolare; le sacche purulente erano strettamente addossate alla parete anteriore del retto, la quale, rimasta integra durante l'atto operativo, cedette alcuni giorni dopo l'operazione. In entrambe non si potè ottenere la completa chiusura della fistola, ma è a notarsi che esistevano spiccati segni di enterite tubercolare.

Eccettuati questi casi speciali, le fistole intestinali che si hanno in seguito all'isterectomia vaginale, oltre al minore pericolo immediato, guariscono spontaneamente; nei primi due casi da me osservati pochi giorni dopo l'operazione, la fistola era chiusa completamente.

All'isterectomia vaginale si fa inoltre l'appunto di essere molto più grave per la facilità di ledere la vescica e gli ureteri; ma se noi consultiamo le varie statistiche troviamo che ciò non è esatto. Baudron riporta soli 5 casi di ferite della vescica, Richelot altri 5 sopra 300 casi; Segond 3 casi sopra 250 operazioni. Se noi leggiamo invece le osservazioni di Thomas, Térillon, Julliard, Boeckel, Reverdin, Sänger, troviamo siffatta lesione assai più frequente nella laparotomia; Jackson (95) ne riporta 66 casi. Sopra i 131 casi da me raccolti una sola volta fu lesa la vescica, durante il distacco delle connessioni vescico-uterine, fatta immediatamente la sutura si ebbe una guarigione completa per *primam*. Mai ebbi a verificare lesioni degli ureteri.

D'altra parte coll'isterectomia vaginale si fa il miglior drenaggio della cavità peritoneale, molto migliore di quello che si può ottenere col drenaggio alla Michulikz, per il quale assai spesso si osservano successivamente ernie da sventramento, e che nello stesso tempo porta

la formazione di aderenze le quali, poste in un sito poco naturale, cagionano disturbi non lievi.

Da ultimo anche la mortalità immediata sta a favore dell'isterectomia vaginale; lasciando da parte le statistiche più antiche perchè riferentesi a tempi in cui la tecnica non era ancora così perfezionata, e venendo alle più recenti, troviamo che Lafourcade (96) riunendo 395 casi di suppurazioni pelviche ebbe l'8. 66 0[0 di mortalità; Segond (97) dà il 5. 71 0[0 di mortalità per la laparotomia, mentre ha il 4. 28 0[0 per l'isterectomia vaginale; Schauta (98) dal 1887 al 1893 sopra 216 casi operati di laparotomia ebbe il 6 0[0 di morti. Interessante è la distinzione dei casi in cui il pus conteneva solamente gonococchi in cui ebbe il 9 0[0 di morti, mentre nei casi con pus contenente streptococchi o stafilococchi ebbe il 20 0[0. Martin (99) sopra 156 laparotomie fatte da Pozzi, dà il 3. 20 0[0 per le lesioni non suppurate, il 7. 69 0[0 per le lesioni suppurate. Inverardi (100) sopra 23 isterectomie fatte fino al 1892, ha il 4. 3 0[0 di mortalità. Jacobs (101) sopra 1540 laparotomie praticate da Térillon, Schauta, Chrobak, Zweifel, Martin, Gallet, Lawson-Tait, dà una mortalità del 5. 7 0[0; raccogliendo invece le isterectomie vaginali pubblicate da Richelot, Péan, Doyen, Segond, Rouffart, Jacobs, arrivava alla cifra di 690 con 4. 49 0[0 di morti. Chavin (102) raccogliendo 135 laparotomie praticate da Delbet per lesioni suppurate degli annessi, ha la mortalità del 7. 20 0[0, mentre Bergesio (103) su 156 casi di isterectomia vaginale ha il 2. 5 0[0. Bliesener (104), che ha raccolto una delle statistiche più complete, sopra 1625 laparotomie dà il 5. 59 0[0, mentre per 1113 isterectomie vaginali dà il 3. 5 0[0 di mortalità.

Voglio da ultimo notare la statistica del prof. Acconci; sopra 15 laparotomie praticate per affezioni suppurate dagli annessi ebbe il 9. 3 0[0 di morti, mentre sopra 66 casi pure di lesioni suppurate ebbe il 1. 7 0[0. Credo che queste cifre con abbastanza efficacia depongano in favore della via vaginale. E non parlo della residuante cicatrice addominale nella laparotomia, la quale, se anche non si vuol tenerne conto per quanto riguarda la cosmesi del corpo, deve essere considerata in riguardo ai possibili sventramenti. Per quanto i metodi di sutura delle pareti addominali siano perfezionati, non si conosce ancora quello che ci possa mettere al sicuro da ogni inconveniente, d'altra parte anche ottenuta una cicatrice resistente, non sono per questo evitati gli sventramenti. Abel (105), prendendo il materiale di Zweifel, ha potuto con-

statare nell' 8 0[0 delle laparotomie guarite per *primam* questa complicazione.

Ma, sostengono alcuni che i risultati dell'isterectomia vaginale sono cattivi, perchè spesso riesce un' operazione incompleta.

Forse che colla laparotomia si riesce sempre ad asportare completamente le sacche purulente? Talora bisogna limitarsi ad aprirle e drenarle, per cui ne residuano delle fistole le quali, ribelli ad ogni trattamento, portano a poco a poco le ammalate in un tale stato in cui si può dire che la morte rappresenti un benefizio. Ora in questi casi anche gli stessi partigiani della laparotomia credono indicato una isterectomia secondaria, ma, come acutamente osserva Richelot, questa era molto più indicata prima.

D' altra parte colla laparotomia ci si limita di frequente alla sola estirpazione degli annessi lasciando *in situ* l' utero. Si fa all' isterectomia vaginale l' appunto di essere spesso incompleta ed ecco che la laparotomia è operazione incompletamente fatta di deliberato proposito. Perchè, è inutile illudersi, l'utero abbandonato *in situ* è tutt' altro che inoffensivo. Pozzi (106), Doléris (107) ed altri affermano che l'utero presto si atrofizza, cessando ogni sintomo morboso; ma il Pozzi stesso subito dopo aggiunge che in caso contrario con operazioni minime, amputazione del collo, raschiamento, si può ottenere la guarigione, mostrando così poco sicura la sua affermazione precedente. Bisogna ricordare che le lesioni degli annessi sono solidali con quelle dell'utero e quindi la cura di quelli deve andare di pari passo con la cura di questo.

Schauta al VI Congresso dei ginecologi tedeschi in Vienna, ha portato, per le operazioni sugli annessi, risultati tali che sono del tutto contrari alla salpingo-ovariectomia addominale. Difatti per la estirpazione unilaterale degli annessi ebbe il 23. 5 0[0 di complete guarigioni e il 58. 8 0[0 per la estipazione bilaterale. Riferisce inoltre come nella estirpazione unilaterale degli annessi prima o dopo ammalano gli annessi del lato opposto, per cui conclude che nelle infiammazioni di origine gonorroica, ambedue gli annessi devono essere estirpati e se si vuol ottenere una guarigione completa pure l' utero deve essere allontanato. E noi dobbiamo sempre ricordare che la blenorragia è la causa più frequente delle lesioni degli annessi.

Del resto i fatti oramai provano più che a sufficienza che l'utero è lasciato infetto, congestionato, doloroso, utero che, causa spesso del-

l'affezione, sanguina abbondantemente e mantiene uno scolo sanguigno o purulento. Di più con l'utero si lasciano dei monconi contenenti i residui della tuba o dell'ovaio, che non si possono completamente disinfettare e che rappresentano il punto di partenza di fatti infiammatori, sia nel peritoneo pelvico, sia nel cellulare dei legamenti larghi. Aggiungi che si formano per questo delle aderenze coll'epiplon, coll'intestino, colla vescica e che cagionano gravi disturbi.

Che se anche al momento l'utero è sano, può in seguito essere causa di disturbi prodotti dai suoi più facili spostamenti. Nè con le medicazioni endouterine, col raschiamento, coll'amputazione del collo, si ottiene la guarigione e da ultimo si è costretti a ricorrere all'isterectomia secondaria.

Doyen (108) dovette 10 volte estirpare l'utero in donne nelle quali la laparotomia si era mostrata insufficiente alla guarigione, Segond (109) vi ricorse 10 volte, Inverardi 3 volte, Richelot al Congresso francese di Chirurgia nel 1895 ne riportava 36 casi, al Congresso internazionale di Ginevra (1896) ai precedenti ne aggiungeva altri cinque; Jacobs (110) dovette praticare questa operazione 5 volte, Delagenière (111) 3 volte; Bardenheuer (112) vi ricorse 14 volte, fra le quali quattro per via vaginale. E del resto non è appunto un insuccesso seguito all'ablazione degli annessi per laparotomia, quello che portò il Péan nel 1886, a praticare l'isterectomia vaginale? Fra le operate del prof. Acconci, in 8 fu l'asportazione dell'utero praticata secondariamente, in 4 casi era stata fatta la castrazione bilaterale, in 4 l'asportazione degli annessi di un sol lato, in tutte a poca distanza dal subìto atto operativo per le gravi e molteplici sofferenze si dovette ricorrere all'isterectomia vaginale.

La semplice asportazione degli annessi ammalati, quando le lesioni sono suppurate, o la castrazione bilaterale anche nei casi di semplici processi infiammatori, non porta sempre la guarigione, l'utero organo non più utile ma dannoso, deve pur esso essere asportato.

In questo concetto convengono oramai la maggior parte dei ginecologi, tanto che va sempre più estendendosi la isterectomia totale addominale, metodo operativo che proposto in Francia dal Doyen e dal Péan, in America dal Baldy, viene ora da molti adoperato, tendendo anzi a sostituirsi al metodo vaginale.

Certo se realmente presenta vantaggi in confronto della semplice castrazione, pure ha molti degli svantaggi che quella accompagnano,

e se trova indicazioni nei casi di volume enorme degli annessi, o nei casi in cui questi sono situati molto in alto, non mi pare possa essere dato come trattamento di scelta, ma riservato a questi casi speciali in cui la laparotomia può essere meno grave dell'isterectomia vaginale. Nè maggiori benefizi si possono avere dal metodo proposto dal Truzzi (112 bis) della via addomino-vaginale, poichè non è scevro dei pericoli che alla laparotomia vanno uniti, nel mentre dimostra quale valore abbia la via vaginale nell'estirpazione dell'utero e degli annessi.

Del resto io credo che il maggior pericolo nella laparotomia consista nella difficoltà del distacco delle aderenze che gli annessi hanno contratto coll'intestino. Facilmente si va incontro a questi due fatti: o che le sacche purulente si rompono, e allora il pus si versa nel cavo addominale, o la parete intestinale viene lesa e noi sappiamo come ciò costituisca un pericolo assai grave per la vita delle operate, date le conseguenze che ne derivano. Ora questi inconvenienti operando per via vaginale o si possono evitare, o se pure avvengono sono di certo assai meno pericolosi. Inoltre è da notare che anche in casi non molto gravi, ma che richiedono tuttavia delle manovre lunghe e complicate, le mani dell'operatore e dell'aiuto, le compresse, gli istrumenti, vengono troppo spesso a contatto coll'intestino; in questi casi, come osserva Pichevin *(Semaine gynéc.*, 4 Gennaio 1898), la laparotomia per quanto sia fatta asetticamente, costituisce senza dubbio un atto operativo molto più grave dell'isterectomia vaginale, anche se la durata dell'operazione è uguale; di più, per il maltrattamento del peritoneo, si hanno frequentemente in tali casi la formazione di aderenze, come sperimentalmente ha dimostrato Muscatello (113).

I risultati dell'isterectomia vaginale anche se incompleti sono assai migliori. Si afferma che esportato l'utero, gli annessi frequentemente devono essere abbandonati e possono allora essere causa di nuove riacutizzazioni infiammatorie, esistendo sempre un focolaio di « microbismo latente » come lo chiama il Pozzi, ossia dei residui di piosalpingi dei quali il processo infiammatorio può incagliarsi.

È necessario prima di tutto notare come, nel concetto primo di Péan, la estirpazione degli annessi non fosse ritenuta necessaria; Segond (114) si esprime anche chiaramente a questo proposito, quando dice che asportato l'utero o le raccolte purulente sono già state aperte durante l'isterectomia, oppure non lo furono e bisogna aprirle.

Il volere (Bouilly) (115) sempre fare l'estirpazione completa delle sacche, è far perdere all'operazione tutti i vantaggi della sua benignità e semplicità, è sconoscere uno degli uffici più importanti dell'isterectomia vaginale.

E poi gli annessi lasciati non danno luogo ad inconvenienti gravi, Bouilly (loc. cit.) sopra 55 casi, in 11 non asportò gli annessi, Richelot (loc. cit.) sopra 61 casi di suppurazione pelvica fece 22 volte l'ablazione totale, 12 volte l'ablazione degli annessi di un solo lato, e 27 volte lasciò entrambi gli annessi, e non ebbe a lagnarsene, solo in due donne osservò al fondo della vagina una cavità suppurante che si chiuse rapidissimamente, in una due anni dopo dovette aprire una raccolta sierosa al disopra della cicatrice vaginale ottenendone guarigione pronta e duratura; in una seconda serie di 66 operazioni, ebbe 20 semplici castrazioni uterine, in una abbandonando anche il fondo dell'utero; in una terza serie di 23 casi, ebbe 11 operazioni incomplete, in una con estirpazione delle tube senza le ovaie, in 2 esportando gli annessi di un sol lato, in 9 non estirpando che l'utero; in nessuna ebbe a notare il benchè minimo inconveniente.

Sopra i 131 casi operati per processi infiammatorii degli annessi dal prof. Acconci, in 11 l'operazione fu incompleta, in 6 i residui della tuba e dell'ovaio furono fissati al fondo della ferita vaginale; in una donna, già da altri precedentemente operata di castrazione bilaterale, il fondo dell'utero fu fissato alla ferita vaginale; in 4 casi gli annessi non potendo essere estratti, causa le tenacissime aderenze che gli conglobavano furono lasciati *in situ*.

Delle prime 6 donne ne ho potuto rivedere 5; in tutte indistintamente constatai la completa cicatrizzazione della ferita vaginale, la quale, perfettamente indolente, era libera da ogni qualsiasi essudato; tutte accusavano senso completo di benessere e nessun disturbo subbiettivo, e si noti che l'operazione data da non meno di un anno, in alcune anche da 2-4 anni. Dagli altri 4 casi, in due furono lasciati gli annessi di sinistra, in uno quelli di destra, in uno entrambi.

In questo ultimo solamente si ebbe risultato sfavorevole ed è l'unico caso di morte fra le operate per lesioni degli annessi. Ma in questi gli annessi erano così tenacemente aderenti alle pareti pelviche, che all'autopsia si incontrarono difficoltà per disseccarli: si trattava di piosalpinge bilaterale da streptococco e la donna morì per peritonite

streptococcica. Le altre tre operate ho riesaminato molto tempo dopo l'atto operativo, e in tutte constatai gli annessi ridotti notevolmente di volume, indolenti alla palpazione, nè producevano alcun disturbo subbiettivo. Siamo dunque ben lontani dai pericoli paventati per queste operazioni incomplete, poichè il risultato definitivo è sempre buono, tanto che è da convenire con Richelot (116) che se l'operazione completa deve essere naturalmente lo scopo precipuo dell'operatore, pure l'operazione incompleta non è cattiva, poichè assicura ugualmente una guarigione perfetta e duratura.

Ma al metodo vaginale in genere si fanno altre obbiezioni.

Si mette per condizione *sine qua non* ad un'isterèctomia vaginale la bilateralità delle lesioni; e questo sta bene, perchè in caso contrario possiamo attenerci ad una cura conservatrice, ma d'altra parte si nega quasi la possibilità di poter diagnosticare questa lesione bilaterale. Ora se il chirurgo può diagnosticare una lesione unilaterale perchè, osserva giustamente Doyen, non gli sarà possibile diagnosticarne una bilaterale? Forse che oltre l'esame diretto, la eziologia della malattia, i sintomi suoi subbiettivi, il suo decorso, non possono darci dati interessanti al proposito?

Si obbietta (Lucas Championnière) (117) che non è possibile stabilire la presenza del pus; ora a parte che coll'attento studio del decorso dell'affezione si può far questa determinazione, non è già la sola presenza del pus quella che indichi un atto operativo radicale, ma la esistenza di lesioni bilaterali, di lesioni dell'utero, le quali sono ribelli ad ogni trattamento terapeutico e per le quali sia vana ogni speranza di cura conservatrice.

Coll'isterectomia vaginale si sacrifica subito di primo colpo l'utero, prima che si abbia potuto constatare *de visu* la gravità e l'estensione delle lesioni anatomiche (Doléris (118), Pozzi), mentre che colla laparotomia si può fare un esatto controllo e limitarsi quindi ad esportare le sole parti ammalate. Ora questo non è esatto, perchè ci si può sempre arrestare durante i primi tempi dell'isterectomia, e prima di procedere all'estirpazione dell'utero, noi ci assicuriamo del grado delle lesioni, quando possa essere rimasto qualche dubbio nell'esame, coll'incisione del fornice posteriore attraverso al quale si può direttamente sentire quali sono le parti interessate nel processo. So bene che a questo mezzo si nega ogni valore e che da alcuni è ritenuto come una sem-

plice esposizione teorica, ma i fatti dimostrano che ad un chirurgo addestrato è sempre possibile con questo mezzo farsi un giusto ed esatto concetto del grado della lesione. Può in alcuni casi questa ricerca presentare qualche difficoltà, ma sono appunto quelli, quando gli annessi sono lussati e tenuti fissati nello spazio del Douglas, in cui la laparotomia è meno indicata per la grande difficoltà di poter attaccare delle lesioni così profondamente situate.

Con l'incisione del fornice posteriore si può (Doyen) (119) in pochi minuti completare, se occorre, la diagnosi, distaccare le aderenze fino in vicinanza del distretto superiore, riconoscere la natura dei tumori pelvici, e se sono a contenuto liquido, far uscire questo senza infettare il peritoneo, si può limitare l'operazione alla semplice incisione delle raccolte periuterine, praticare la castrazione unilaterale. Di più, nei casi in cui si debba fare la castrazione vaginale totale, serve per facilitare quest'atto operativo, perchè si possono togliere le aderenze della faccia posteriore dell'utero e delle parti accessibili delle raccolte tubo-ovariche. Ma da molti, e troppo spesso, si ripete che coll'isterectomia vaginale si opera alla cieca, non potendoci noi servire dell'aiuto della vista per il distacco delle aderenze.

Già abbiamo veduto come le lesioni intestinali sieno meno frequenti nella isterectomia vaginale che nella laparotomia; ma io devo ancora aggiungere che l'obbiezione che si fa è del tutto infondata, perchè in tutti i casi il distacco delle aderenze, coll'intestino o coll'epiploon, sia ottusamente colle forbici, sia con batuffoli di cotone montati su portaspugne, sia colle dita, si fa sempre col controllo diretto della vista. Diffatti coll'addattare in modo conveniente delle valve sia lateralmente, sia anteriormente, ed usando valve lunghe e larghe, si può sempre portare nella pienezza del campo operatorio queste aderenze e vederne direttamente la qualità, riconoscerne il loro stato, i loro rapporti, e direttamente sotto gli occhi distaccarle.

Colla laparotomia, invece, assai di frequente si è obbligati a procedere a questo distacco unicamente sulla guida del tatto, specie in quei casi in cui le aderenze, situate profondamente nel bacino, non sono accessibili alla vista neanche mettendo la donna nella posizione del Trendelenburg. Nell'assistere agli atti operativi praticati dal mio Maestro, io ho potuto convincermi come il distacco di queste aderenze si faccia in un modo tale, così all'aperto, così franco, che riesce impos-

sibile ledere gli organi vicini, questo dipende anche dalla tecnica da lui usata e di cui mi occuperò fra poco.

Alla tecnica operativa dell'isterectomia vaginale per lesioni infiammatorie degli annessi, si connette la questione della preferenza da darsi come mezzo di emostasi alla forcipressura o al metodo delle allacciature.

L'uso delle pinze, che prese origine in Francia con Péan, Richelot, Doyen, fu a poco a poco adottato anche in America e nell'Inghilterra, più tardi anche in Germania, dove però ancora molti, fra i quali Asch, Leopold, A. Martin, Schauta, Werth, Olshausen, operano quasi esclusivamente colle legature; altri come Baumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, pur dando la preferenza alle legature, adoperano anche la forcipressura. Il metodo delle sole pinze fu applicato da Czempin, Pfannenstiel, Sänger, Doderlein, questi ultimi però hanno recentemente abbandonato questo metodo per ricorrere nuovamente alle allacciature, riservando la forcipressura ai soli casi di necessità.

Mi pare che la forcipressura non rappresenti un metodo così sicuro come i lacci, non tanto per il pericolo di lesioni dell'intestino o della formazione di fistole vescico-vaginali, fatti che con una tecnica corretta si possono evitare e non si possono addebitare al metodo di per sè, ma sopratutto perchè non si può chiudere la cavità peritoneale, chiusura che nella nostra Clinica, come dissi, si segue per principio, limitando il drenaggio a pochi casi di suppurazione pelvica. Si ha inoltre il campo operativo ingombrato dalle pinze, ostacolo non lieve, per poter operare bene e vedere esattamente ciò che si fa.

Troppo pericoloso mi sembra fare assegnamento sulla chiusura della cavità peritoneale per la formazione di membrane adesive, come avviene colla forcipressura, mentre che questo si può in modo molto più rapido e molto più sicuro ottenere colle allacciature e consecutiva chiusura della ferita vaginale.

D'altra parte anche i fautori dell'uso delle pinze, riconoscono come si possono verificare delle emorragie o al momento di toglierle, o per lacerazioni del legamento largo, sia per stiramento fatto sulle pinze durante l'operazione, sia per la torsione che dopo aver applicate due pinze, una dall'alto al basso, l'altra dal basso all'alto, subisce il legamento largo nel tratto interposto fra i due morsi, causa di emorragia sulla quale hanno di recente richiamata l'attenzione i Landau (120). Inoltre vi è il pericolo, non prevedibile e quindi non allontanabile,

della rottura dei klemmer; questo grave inconveniente era già stato osservato dal Pichevin (121) e recentemente dal Villa (122), il quale riporta pure osservazioni identiche fatte dal Mangiagalli e da Clivio.

Io ritengo che stabilito il principio che nell'isterectomia vaginale si debba come principale scopo cercare di separare e mobilizzare quelle parti che devono essere asportate e poterle così peduncolizzare, ammesso d'altra parte il principio dell'emostasi consecutiva, dal momento che questa è possibile, sia con i lacci, sia colle pinze, ai primi si debba dare la preferenza. Certo l'uso delle pinze potrà essere giovevole, ma solo quando non è possibile la mobilizzazione e la peduncolizzazione delle parti da asportare, ed in questi casi sono adoperate di necessità.

Th. e L. Landau (123) ascrivono ai klemmer il vantaggio di impedire la penetrazione di germi infettivi, perchè i legamenti larghi sono stretti in tutta la loro lunghezza, mentre che coi lacci, per il frazionamento dei legamenti larghi venendosi ad aprire dei vasi venosi e linfatici, i germi infettivi possono facilmente penetrare nell'interno.

Di questo fatto però non danno alcuna prova clinica e in nessuno dei casi da me osservati ho potuto sotto questo riguardo notare il benchè minimo inconveniente.

Nella nostra Clinica, per tutte le ragioni suesposte, si praticò sempre il metodo delle allacciature (in un caso solo fu a scopo didattico fatta la forcipressura), e si ebbero sempre risultati buoni. In un unico caso per scivolamento del laccio posto sull'arteria utero-ovarica di sinistra, si ebbe 3 ore dopo l'operazione, un' emorragia. È a notarsi che in questo caso non era stato posto una allacciatura di sicurezza, come si pratica sempre dopo questo fatto, sulla parte alta dei legamenti larghi comprendente appunto l'arteria utero-ovarica. Venne dal prof. Acconci fatta subito la laparotomia e allacciata l' arteria; il decorso post-operatorio fu regolare.

In due altre donne si ebbe emorragia secondaria in entrambe comparsa al decimo giorno dell'operazione; nella prima, il sangue proveniva dal peduncolo di sinistra e fu prontamente arrestato con un semplice tamponamento vaginale. Il secondo caso è più interessante per il ripetersi della emorragia, dopo la prima, comparsa 10 giorni dopo l' operazione ed arrestata con uno zaffo vaginale, ne ricomparse una seconda 9 giorni dopo, anche questa frenata col tamponamento; ma 4 giorni dopo ecco una terza emorragia. Non potendosi scorgere

esattamente quale era il vaso che dava sangue, viene fatta una sutura in massa dei tessuti circostanti. Tre giorni dopo, ecco una quarta emorragia; da allora si praticò sistematicamente il tamponamento vaginale, riuscendo così a far cessare ogni perdita di sangue. In entrambi però questi casi noi non possiamo incolpare il metodo usato, come non si può far addebito alla forcipressura nel caso riferito da Abel (124), in cui l'emorragia comparve al dodicesimo giorno. È da notare poi che, come nel caso di Abel, nel nostro primo, l'emorragia comparve nell'epoca in cui avrebbero dovuto aversi le mestruazioni.

I 131 casi operati per lesioni degli annessi sono così divisi:

58 per sacto-salpingite purulenta con metrite cronica, perimetrite e peri-ovaro-salpingite;
42 per ovaro-salpingite intestiziale con metrite cronica e perimetrite;
18 per sacto-salpingite sierosa ed ovarite interstiziale complicata da metrite e perimetrite;
5 per sacto-salpingite emorragica con ematocele retrouterino e metrite cronica;
4 per sacto-salpingite purulenta tubercolare con metrite e perimetrite.

In 4 casi si fece l'isterectomia secondaria in donne già precedentemente operate di castrazione bilaterale per via addominale.

Sopra queste operazioni si ha un caso di morte, una percentuale quindi del 0. 7 0|0. Quest' unico risultato letale si verificò, come già ho accennato, in una donna affetta da metrite cronica con piosalpinge bilaterale, con fatti di antica peritonite pelvica; a causa delle numerose e tenaci aderenze, gli annessi non si poterono esportare e la donna morì in terzo giorno per peritonite.

Al tavolo anatomico si riscontrò che le tube a pareti ispessite con un diametro di circa 1 cm., contenevano pus (le colture diedero luogo a sviluppo di streptococchi) ed erano comprese in aderenze fibrose che chiudevano la piccola pelvi, così tenaci e fitte, che lo stesso anatomopatologo riuscì fatica a disseccarle.

La tecnica usata per queste operazioni fu la seguente:

Dopo le solite disinfezioni dei genitali, viene incisa circolarmente la vagina, scollata completamente la vescica, si apre lo spazio del Douglas, fissando il peritoneo al margine della ferita vaginale con tre punti. Si comincia poi l'allacciatura e sezione dei legamenti larghi da una parte e dall'altra, finchè, coll'abbassamento dell'utero, sia possibile

aprire la piega vescico-uterina, la di cui lamina peritoneale, pure con tre punti, viene fissata alla parete vaginale anteriore.

È importante, per ottenere l'abbassamento dell'utero specie quando è fissato da aderenze perimetritiche, sopratutto posteriormente, di allacciare e recidere da prima i legamenti utero-sacrali, che in tali casi sono sempre ispessiti ed inelastici ed impediscono l'abbassamento. Recisi questi, l'utero si può sempre più o meno abbassare.

Si continua nell'allacciatura dei legamenti larghi procedendo sempre più in alto, finchè si arriva ad allacciare e tagliare il legamento rotondo. Si deve fare molta attenzione di non allacciare e recidere il legamento utero-ovarico il quale, in seguito, servirà molto bene per tirare l'ovaio e l'ampolla tubarica a lui di solito attaccata, e distaccare le aderenze. Reciso l'utero, da un lato degli annessi, in qualche caso facendo anche la sezione mediana dell'utero, applicando una valva larga e lunga anteriormente o alquanto di lato, si liberano gli annessi dalle aderenze cogli organi vicini e si continua nell'allacciatura e sezione a piccoli tratti del mesovario e del mesosalpinge, finchè si può arrivare ad allacciare il legamento infundibulo pelvico.

Liberati gli annessi di un lato, si procede nello stesso modo all'estrazione di quelli del lato opposto.

La discesa dell'omento o dell'intestino nel campo operatorio viene impedita coll'applicazione di piccoli tamponi di garza muniti di un lungo filo, i quali trattengono in alto questa parte, oppure coll'adattare opportunamente la larga valva anteriore. Dopo avere esaminati i peduncoli ed assicuratisi dell'emostasi perfetta, i peduncoli vengono fissati ai lati della ferita vaginale, e posti così fuori della cavità peritoneale, vengono a sporgere in vagina agli angoli della ferita stessa la quale, nella restante parte, viene chiusa con punti mediani.

Nei casi in cui si creda necessario stabilire un drenaggio della cavità peritoneale, dopo aver fissati i peduncoli, nello spazio residuante si introduce una striscia di garza sterilizzata. Quando gli annessi non si possono estirpare completamente, o quando sarebbe troppo pericolosa la loro completa estirpazione, allora se ne reseca tutta la parte libera e i residui vengono saturati tutto attorno al fondo della ferita vaginale.

In 9 casi i peduncoli, dopo averli fissati agli angoli dell'incisione, dopo aver attorno ad essi suturato il peritoneo ed avere nella restante parte unita fra di loro le due lamine peritoneali anteriore e posteriore,

vennero ricoperti dalle pareti vaginali sopra di essi suturati in tutta la loro estensione.

Da questo trattamento interstiziale dei peduncoli non si ebbe a verificare alcun inconveniente: tutte le volte si ebbe guarigione perfetta e la cicatrice vaginale risultante era affatto indolente.

La forcipressura come metodo fu praticata in un solo caso, 9 volte le pinze furono adoperate per necessità, poichè per la grande friabilità dei tessuti, questi venivano recisi dai lacci; le pinze furono lasciate una sola volta 48 ore, negli altri vennero tolte dopo 36 ore.

Se noi ricerchiamo ora l'età delle operate, troviamo che in 55 essa oscillava fra i 21 e 30 anni, in 53 fra i 31 e i 40, in sole 18 era al disopra dei 40 anni.

Confrontando sotto questo rapporto queste donne con quelle operate per fibromiomi, si nota subito una grande differenza, difatti erano quelle in età fra i 35 a 45 anni. Questa differenza si può, in parte, spiegare colla causa della malattia; infatti nella eziologia dei processi infiammatori degli annessi, due fatti hanno speciale importanza, la blenorragia e l'infezione puerperale.

Benchè dall'esame dei nostri casi l'infezione blenorragica risulti come causa certa della malattia in soli 7 casi, mentre in 33 si poteva ritenere come certa causa l'infezione puerperale, pure io credo che assai più frequente di quello che realmente appare, sia la blenorragia, e principalmente questa, da invocarsi come fattore eziologico dell'affezione, tanto più che nella massima parte delle operate, escluso un puerperio infezioso, anche con un'esatta ricerca anamnestica, nessun'altra causa si lascia scoprire.

La maggior parte di queste donne, ammalate già da molti anni, avevano tentate le più svariate cure mediche; gli atti operativi praticati (raschiamento, amputazione del collo, spaccatura delle raccolte ascessuali), non avevano portato che un miglioramento passeggero. Del resto cure risolventi praticate rigorosamente per un certo tempo erano state tentate anche nella Clinica, ove questo si fa per principio; ma l'esame fatto a diversi intervalli, anche sotto la cloronarcosi, aveva dimostrato l'inefficacia di questa risorsa terapeutica. L'unico vantaggio che si potè ottenere fu una maggiore mobilità sia dell'utero che degli annessi, mai però una notevole diminuzione del loro volume, mai definitivi cambiamenti.

Queste donne avevano mestruazioni a forma menorragica, spesso anche metrorragie abbondanti e frequenti, tanto che erano ridotte in grave stato di anemia (casi N. 9, 46, 47, 77, 80, 87, 98, 106).

Il periodo mestruale era preceduto, accompagnato e seguito, da vivi dolori sia all'ipogastrio che nelle fosse iliache, da cefalea; spesso si avevano anche disturbi nervosi; disturbi che assai frequentemente si incontrano nelle donne con malattie degli annessi; in alcuni casi le sofferenze erano così intense, che queste disgraziate erano costrette a letto anche per lungo tempo (casi N. 38, 60, 91, 94, 101, 112).

Spesso ad intervalli più o meno lunghi comparivano riaccensioni febbrili accompagnate da fenomeni di peritonite, che mettevano queste donne in gravi condizioni (casi N. 68, 70, 91, 94, 100).

Ad alcune le sofferenze non concedevano alcun riposo e dovevano ricorrere a rimedii ipnotici.

Le funzioni digerenti ed intestinali alterate, anoressia, stitichezza ostinata, spesso dischezia, talora disturbi gastrici molto accentuati, nausee, vomiti insistenti, tanto che era resa difficile l'alimentazione (casi N. 76, 85, 91, 112, 120, 126).

Dal lato delle alterazioni dei genitali interni, si notava in gran numero di donne un utero voluminosissimo, dolente alla palpazione, il quale per precedenti fatti di perimetrite posteriore era saldamente fissato alla parete rettale, lo spazio del Douglas annullato tanto che si dovette, staccando queste aderenze colle dita, liberando l'utero, crearsi una via per procedere all'allacciatura dei legamenti larghi.

Gli annessi in alcuni casi erano caduti e mantenuti fissati nello spazio del Douglas, in altri portati in alto, o fissati alle pareti pelviche, per cui si dovette arrivare fino al contorno dello stretto superiore per liberarli.

Le tube enormemente distese, della grossezza di un dito pollice e anche più, ripiegate variamente su se stesse, saldate intimamente coll'ovaio, circondate da un ammasso di aderenze che le impigliavano del tutto, formando tumefazioni di volume assai cospiquo, le quali arrivavano in alto al di sopra della linea innominata ed anche a livello della spina iliaca anteriore e superiore.

Nella massima parte dei casi ambedue le tube erano distese da raccolte purulente, in altri anche l'ovaio prendeva parte diretta al processo, formandovi così dei veri ascessi tubo-ovarici.

In alcuni casi gli annessi di ambo i lati cronicamente infiammati e profondamente alterati senza però esistenza di pus, in altri le tube di un sol lato conteneva pus, ma gli annessi del lato opposto, pure profondamente alterati, erano del tutto inadatti alla loro funzione; finalmente in alcuni esisteva idro o ematosalpinge, ma accompagnate da disturbi funzionali e anatomici da parte dell'utero con residui di pelviperitonite.

Sempre poi l'utero più o meno alterato, in preda a processi di metrite cronica, tanto che nulla vi era da sperare con un intervento chirurgico conservatore. In una parola, tali e così gravi erano le alterazioni, che fallita ogni cura palliativa, impossibile un atto operativo conservatore, si imponeva una operazione radicale come quella che dava la maggiore e più assoluta garanzia di una guarigione completa.

E l'esame anatomico delle parti asportate ha sempre confermato il concetto clinico formatosi della entità delle lesioni. Le figure qui unite possono essere una prova chiara della indicazione dell'atto operativo; nel mentre mostrano chiaramente quali forti ed estese aderenze furono sciolte, quali voluminose sacche furono esportate, riuscendo io credo meglio di qualunque descrizione a dimostrare la possibilità di operare per la via vaginale anche in casi gravi.

Nella donna J. M. (N. 78) le raccolte tubariche si erano spontaneamente aperte nella vagina formandosi un tragitto fistoloso dal quale scolava continuavamente pus. Nella donna A. A. (N. 80) il piosalpinge di destra si era già da tempo aperto nella vagina, e prima dell'operazione anche quella di sinistra si era svuotata per il retto; in un terzo caso (N. 90) le raccolte tubariche si erano fatto strada per la vagina e per il retto.

In tutti questi casi l'operazione proceduta regolarmente, senza il benchè minimo inconveniente, portò una guarigione perfetta.

Nella donna A. S. (N. 67) oltre a sacto-salpingite sierosa bilaterale con metrite cronica e perimetrite esisteva un cistoma ovarico a sinistra. Dopo aver asportato l'utero cogli annessi di destra, la ciste con manovre combinate vagino-addominali fu portata nel campo operativo e dopo averla svuotata, staccate le aderenze che la parete aveva contratto coll'epiploon e colle anse intestinali, venne asportata.

Fra tutti i casi senza dubbio le maggiori difficoltà si riscontrarono in quelli in cui, per la via addominale, era stata precedentemente fatta

la castrazione uni o bilaterale, questo specialmente nel caso N. 34 in cui per laparotomia erano stati esportati gli annessi di destra.

Fra le 4 operate per lesioni di origine tubercolare merita di essere menzionata la prima; in questa donna, inviataci dalla Clinica medica, affetta da piosalpinge bilaterale, l'esame dell'apparato polmonare, praticato prima dell'operazione, avea dimostrato la presenza di fatti di bronchiolite agli apici polmonari, non però molto accentuati. Ripetuto l'esame qualche tempo dopo l'operazione, si riscontrò un notevole miglioramento delle lesioni del polmone, miglioramento il quale è andato sempre più accentuandosi, tanto che attualmente, le alterazioni notate sono completamente scomparse, ed oggi 4 anni circa dall'operazione si trova in floride condizioni di salute.

Nell'osservazione N. 3 (B. Esterina), in cui esisteva una sacto-salpingite purulenta bilaterale con ovarite di natura tubercolare, si era dapprima ricorso alla via addominale per l' asportazione delle parti ammalate, ma nell'incidere le pareti addominali venne tagliata la vescica, la quale spinta in alto e trattenuta fissata da aderenze, arrivava col suo fondo quasi a livello del bellico, saturata immediatamente la ferita vescicale si rimandò ad un secondo tempo l'operazione, praticata questa volta per via vaginale. Residuò da quest' atto operativo una fistola retto-vaginale, la quale spontaneamente si chiuse in modo completo in brevissimo tempo.

Come già ho accennato, anche nelle altre due operate per lesioni tubercolari, si ebbe la produzione di fistole retto-vaginali, delle quali però non si potè ottenere la chiusura completa; erano però queste donne già da lungo tempo ammalate e il processo tubercolare si era già diffuso alle pareti intestinali. Esisteva anche tubercolosi peritoneale; erano tossicolose, aveano diarrea, erano emaciate e febbricitanti.

Il vantaggio che ottennero dall'atto operativo fu di breve durata, entrambe vennero a soccombere, l'una sette mesi circa dopo l'operazione, l'altra un anno dopo.

Fra tutte le operate il decorso post-operativo fu perfettamente regolare, la temperatura massima raggiunta fu in media di 37° 5, 37° 9, in nessun caso si ebbero segni di peritonite, mai fenomeni di ileo.

Nel caso N. 47 comparve dopo l'operazione un vomito ostinatissimo, ribelle ad ogni mezzo terapeutico, la nutrizione era assolutamente impossibile, tanto che si dovette ricorrere ai clisteri nutrienti, la donna

era venuta profondamente emaciata, ad intervalli si avea una spiccata depressione nervosa; insomma le condizioni erano assai gravi, quando al quinto giorno il vomito cessò completamente, la donna riprese a poco a poco le forze e potè abbandonare la Clinica completamente guarita.

Nel caso N. 30 si era formata durante il decorso post-operatorio una piccola raccolta ematica sotto-peritoneale, nel praticarne l'incisione venne accidentalmente lesa la vescica, la di cui ferita però guarì rapidamente.

Delle 131 operate, di 97 ho in parte avuto notizie da colleghi, in gran parte io stesso ho riveduto; in tutte l'operazione datava già da anni, solamente in 5 da meno di un anno.

Per quanto si riferisce alla sfera genitale non ho avuto a notare che scarsa leucorrea in pochi casi, leucorrea che cedette completamente in seguito ad irrigazioni vaginali. In un caso si ebbe anche la formazione di papillomi multipli alla vulva e alla vagina; in tre donne comparvero a vario intervallo di tempo dopo l'operazione, dei fenomeni di cistite scomparsi del tutto in seguito a lavature vescicali. In tre operate ho riscontrato presenza di scarsi essudati attorno ai peduncoli, i quali però non arrecavano alcun disturbo e che si riassorbirono dietro cura risolvente.

In tutte le donne poi la ferita vaginale era perfettamente e completamente cicatrizzata, del tutto indolente, anche in quei casi in cui, come già ho accennato, l'operazione era riuscita incompleta, la guarigione era perfetta. I residui di annessi o gli annessi abbandonati si percepivano sotto forma di piccoli cordoni nel primo caso, situati al fondo della vagina, nel secondo caso gli annessi si palpavano ridotti grandemente di volume. La palpazione di queste parti non provocava alcun dolore, come non esisteva alcun dolore spontaneo.

Con tali risultati non mi pare possibile fare una conclusione diversa di questa: che l'atto operativo il quale dà una mortalità minima, che ci espone a pericoli molto meno gravi che gli altri, che ci permette di fare l'estirpazione completa delle parti ammalate, vedendo sempre quello che si fa, che se pure riesce incompleto ci assicura ugualmente una guarigione completa e duratura, deve essere il prescelto.

(Continua).

RASSEGNA

CANEVA ZANINI Dott. F. — **L'isteropessia addominale anteriore nella cura chirurgica delle retrodeviazioni uterine**. Prima centurie di isteropessie addominali eseguite da chirurghi ginecologi italiani. — Milano, 1897. Dal *Morgagni*, 5 Febbraio 1898.

L'A. dopo aver rivendicato a suo padre l'idea dell'isteropessi addominale extraperitoneale, dimostra come essa sia stata veramente il primo passo verso l'isteropessi intraperitoneale, la quale ormai è l'operazione di elezione.

Dei molteplici processi operatorii ideati allo scopo di correggere la morbosa posizione dell'utero retrodeviato, alcuni si propongono di fissare l'utero alla parete vaginale anteriore, altri alla parete addominale anteriore, applicando la trazione sia alla parete uterina anteriore, sia ai legamenti rotondi.

Di tutti questi metodi l'A. fa una accurata rassegna, indicando di ciascuno oltrechè la tecnica, altresì le particolari indicazioni. — Fra le varie modalità operatorie l'A. afferma la superiorità del metodo del Leopold, come quello che ha dato finora i migliori risultati. Difende il metodo della isteropessi addominale anteriore dalle due maggiori accuse mossegli, l'una l'influenza del trattamento chirurgico sulla vescica, l'altra la posizione antifisiologica dell'utero fissato nel caso di eventuali successive gravidanze, dimostrando infondato ogni timore sulle sorti di detti organi. — La superiorità della isteropessi addominale anteriore sulla isteropessi legamentaria (metodo di Alexander-Adams, metodo di Wylie-Ruggi) scaturisce da due considerazioni, e cioè dall'eventuale stato morboso dei legamenti rotondi esponente a sicuro insuccesso l'operazione, e dalla ricerca, a volte soverchiamente laboriosa, a volte infruttuosa, dei legamenti stessi. Le due operazioni si equivalgono solo nel caso che lo stato dei legamenti rotondi sia tale da garantirci dalla possibilità di una recidiva o nei quali la ricerca non sia soverchiamente laboriosa.

Riguardo alla isteropessi vaginale, è ancora prematuro il dire quale dei diversi metodi proposti debba aver la prevalenza. Tuttavia è lecito affermare che le indicazioni della vagino-fissazione non sono che le retro-deviazioni mobili o facilmente riducibili. La sua inferiorità quindi di fronte alla isteropessi addominale anteriore risulta evidente, prima ancora che se ne segnalino gli svantaggi, rappresentati sopratutto dalle difficoltà della tecnica operatoria, dalle recidive frequenti, dai pericoli in caso di eventuale gravidanza.

DECIO.

DEFONTAINE. — **Hystérotomie sphynctérienne.** — Acad. de Médec., seduta 28 Dicembre 1897, in *Progrès médical*, 3.e série, T. VII, N. 1, anno 1898, pag. 8.

L'oratore sopprime per deliberato proposito le funzioni dello sfintere uterino con un taglio a tutto spessore praticato sulla linea mediana anteriore dell'utero e rimontanti fino alla cavità del corpo, avendo cura che le superfici cruentate cicatrizzino isolatamente. Facile e duratura ne consegue l'evacuazione del contenuto patologico ritenuto in cavità dalla contrattura frequente e nociva dello sfintere. Ond'è che arrestata risulta ogni infezione ascendente delle tube (nella stessa guisa colla quale è arrestata dalla cistotomia la infezione degli ureteri e dei reni), oltre a ciò le pareti uterine ispessite, distese, subiscono una evoluzione verso lo stato normale. Questa nuova operazione sarebbe indicata nelle metriti croniche, nelle flessioni uterine rese dolorose dalla concomitante metrite, nei diversi casi di restringimento del collo, e nella dismenorrea d'origine uterina. Nella metrite blenorragica costituirebbe un mezzo razionale per impedire l'infezione ascendente delle tube. Benchè di assoluta benignità, questa operazione deve essere limitata ai casi gravi, che per sè stessi pongono ostacolo al concepimento (la metrite blenorragica è del numero) poichè una gravidanza è quasi impossibile una volta che lo sfintere sia rotto. Allorquando assicurata è la guarigione della malattia primitiva, una operazione ulteriore può ristabilire le funzioni dello sfintere uterino.

DECIO.

F. MAINZER. — **200 vaginale Radicaloperationen wegen chronischeitriger und entzündlicher Adnexerkrankungen, nebst Untersuchungen über die Dauererfolge der vaginalen Radicaloperation** *(200 operazioni radicali per via vaginale in causa di infiammazione cronica e suppurazione degli annessi con ricerche sui risultati lontani delle operazioni vaginali radicali).* — *Archiv f. Gynäk.*, vol. 54, Parte III, pag. 421-505.

In questo lavoro l'A. riproduce il risultato della cura operativa demolitrice nelle malattie infiammatorie degli annessi nella Clinica diretta da Leopoldo Landau a Berlino. Alcune questioni furono già trattate, in relazione all'argomento, dal Landau stesso in un libro pubblicato l'anno scorso (vedi Riv. di Cioja, *Ann. di Ostetr.*, pag. 198-200, 1897). Due ordini di fatti però importanti meritano qui di essere rilevati. Pochi autori quali il Chrobak, il suo allievo Knauer e lo Schauta hanno studiato l'esito remoto nelle operazioni ginecologiche intese a curare le forme infiammatorie degli annessi uterini. Da questo punto di vista quindi merita il contributo di M. una speciale disamina. Delle *200* operate è riferito l'esito re-

moto di *83* casi. In base al noto lavoro di Glaewecke indaga l'A. la influenza che l'ablazione degli organi sessuali determina nelle diverse funzioni della donna.

Già da altre pubblicazioni fatte nella scuola di Landau si sapeva come questi praticasse in casi d'annessiti anche l'isterectomia totale addomino-vaginale. A noi italiani interessa questo argomento anche perchè fu uno dei nostri, il prof. Truzzi, quegli che ha, appunto in questo giornale, proposto da tempo tale connubio nelle forme più gravi.

Ora nella memoria dell'A. noi possiamo rilevare, dalle tavole ad essa unite, che in dodici casi, operati in gran parte da Leopoldo Landau e in parte dai dott. T. Landau e Vogel, si intervenne precisamente dalla via addomino-vaginale. Nessuna delle operate morì.

La mortalità di tutti i duecento interventi ginecologici fu del 4 0[0. Mai furono lesi gli ureteri o la vescica. Solo quattro volte si ebbero a lamentare delle fistole vagino-intestinali. PATELLANI.

A. HERRGOTT. — **Un cas de putréfaction foetale.** — *Ann. de Gyn. et Obst.*, Mai 1897, pag. 345.

È l'esposizione di una osservazione interessante sotto parecchi punti di vista e primieramente per la difficoltà di stabilire un esatto diagnostico. Trattavasi di una gravidanza che all'esame non aveva offerto alcun rilievo colla palpazione stante la impossibilità di praticarla per la eccessiva dolorabilità. Il riscontro vaginale faceva nota la esistenza di un tumore fibro-cartilagineo che ostruiva lo scavo cacciando la cervice uterina dietro la sinfisi pubica, ma circa l'esistenza di una gravidanza uterina od extra, soltanto l'anamnesi portava debole luce, imperocchè il riscontro non consentiva di conoscere verun sintomo di gestazione. Solo nella narcosi, colla esplorazione endocervicale fu constatato essere l'utero gravido, e fu solo dopo l'operazione che potè essere stabilita la natura del tumore dapprima riscontrato. La donna che era primipara, fu portata alla Clinica in miserrime condizioni. I movimenti fetali percepiti nel 4.° mese, erano completamente scomparsi da tempo, ed all'infuori di qualche dolore lombare sopraggiunto nei giorni antecedenti all'operazione, la donna non aveva mai provato alcun dolore riferibile a qualsiasi contrazione uterina, quantunque dai genitali colasse liquido rossastro denso, filante, fetidissimo.

Nessun battito, nessun soffio, nessun crepitio, nessun sfregamento; alla ascoltazione addominale rilevasi silenzio assoluto. Le condizioni erano tali che s'imponeva la liberazione della donna, per quanto esse fossero deplorevoli essendo la temperatura a 39. 7, il polso filiforme e meteoritico l'addome, come quello che suolsi osservare per effetto di una peritonite diffusa. Alla sezione addominale, previe le norme antisettiche e la cloronarcosi, appare l'utero violaceo, fortemente disteso, e

segni di incoata flogosi delle anse intestinali. Una insolita sonorità si risveglia dalla matrice percossa, denotando la presenza di gas, il quale infatti si espande non appena l'utero è inciso ammorbando l'ambiente per considerevole fetore del feto voluminoso, e putrefatto in guisa, che l'ossa craniche tra loro divaricate per la tensione del gas sviluppato al di sotto dei tegumenti, conferivangli la caratteristica idrocefalica sembianza.

L'utero è sacrificato. Il tumore resta inchiodato nel bacino, e lo si lascia. Si provvede alla teletta peritoneale, ma nel contempo la paziente muore. Quel tumore che ostruiva lo scavo era una cisti dermoide infraligamentaria destra.

L'A. crede che malgrado le disperate condizioni in cui versava la donna era doveroso l'intervento, tanto più che il caso erasi presentato nell'Ospedale, fornito di tutte le risorse indispensabili per un simile tentativo, persuaso che la disgraziata avrebbe dovuto soccombere rapidamente, se una terapeutica attiva non fosse venuta a tentare la rimozione del focolajo d'infezione.

Opina che l'operata sia morta vittima della putrefazione fetale endo-uterina i cui effetti sono noti. Cita a proposito fra i lavori sopra tale importante questione di patologia ostetrica quelli di Lempereur, di Sentex, di Ruge, di Pinard, di Charpentier, di Tarnier e Budin, di Ribemont e Lepage, e sopra tutto si sofferma sulla Tesi di Parigi: « De la putréfaction foetale intra-utérine » di Chatelain.

La causa di questo stato, è il riassorbimento dei prodotti di putrefazione che ha luogo a feto morto in *comunicazione coll'aria esterna;* putrefazione che una volta iniziata progredisce di solito con sorprendente rapidità; ben altra cosa dei processi di dissoluzione, di atrofia, mummificazione o macerazione, che sogliono osservarsi nel feto morto con membrane integre.

Ricorda come per l'infiltrazione gazosa fetale, possa insorgere talora difficoltà nell'uscita del prodotto del concepimento, come l'utero disteso soverchiamente, resti come annientato dal gas e perciò perda il suo potere contrattile e come d'ordinario il travaglio s'arresti allorchè la dose *del tossico* è sufficiente a paralizzare la contrazione della fibra uterina. Se gli effetti della putrefazione erano noti *ab antiquo,* lo stesso non può dirsi delle cause, ed è a Pasteur che la scienza va debitrice della loro scoperta. Dapprima la parola *putrefazione* era sinonimo di *decomposizione* di corpi organici privi di vita, decomposizione che in talune circostanze si effettuava, e specialmente come indispensabile era ritenuta la presenza dell'aria.

Pasteur ha dimostrato che la vera causa non risiede tanto nell'aria, quanto nei microbi nella stessa contenuti, la putrefazione non costituendo altro che una vera e propria fermentazione, complessa in ragione degli elementi che vi pigliano parte. Il corpo organico contiene un gran numero di elementi fermentescibili, i quali possono subire parecchi modi di decomposizione mercè l'influenza dei microbi. La putrefazione adunque non è « *l'opposto della assimilazione vivente* »

(Lempereur), ma bensì una manifestazione vitale di esseri microscopici a spese degli elementi costitutivi i corpi organizzati privi di vita. L'A. richiama assai a proposito questi versi di Lucrezio, il quale or son venti secoli aveva, direi quasi, divinato ciò che Pasteur ebbe il merito di confermare coll'esperienza.

« Haud igitur penitus pereunt quæcumque videntur;
Quando alid ex alio reficit Natura, nec ullam
Rem gigni patitur, nisi morte adjutam aliena »

De rerum natura, lib. I, v. 263.

« Sic alid ex alio nunquam detistet oriri
Vitaque mancupio nulli datur, omnibus usu »

Id., lib. III, v. 983.

L'A. poi si diffonde sulle varie specie dei microbi della putrefazione, citando le pregevoli scritture di Macé (« Traité pratique de bactériologie »), tocca delle ptomaine, vere basi tossiche che accompagnano il fenomeno, e che avvelenano l'organismo materno nei casi di putrefazione endouterina. La memoria termina con uno sguardo alla rarità delle cisti dermoidi infraligamentarie. DECIO.

OUVRY. — **Ètude sur la môle hydatiforme.** — Thèse de Paris, 1897.

Dalla lettura della tesi emerge che la mola idatigena deve essere oggigiorno considerata come un tumore maligno. Ma questo tumore speciale, unico, d'origine fetale, può vivere un certo tempo nell'organismo materno quale parassita, e potrà esserne scacciato senza lasciar traccie di elementi epiteliali che formano la parte integrante della sua malignità. Gli elementi cellulari proliferanti, derivati dal rivestimento delle villosità, vale a dire dallo strato di Langhaus, e dal sincizio, possono accrescersi dopo un soggiorno più o meno prolungato nella cavità della matrice. La caduca sembra proteggere l'organismo contro l'invasione di questi elementi epiteliali, ma se questa è da essi usurata, gli elementi infiltrano il muscolo, lo distruggono e possono anche penetrare nei vasi, per mezzo dei quali, lanciati nei diversi organi, possono moltiplicarsi ovunque furono trasportati. Questo tessuto fetale abbarbicato al tessuto materno produce tumori eminentemente maligni, conosciuti sotto l'impropria denominazione di *deciduomi maligni.*

Si penserà ad una gravidanza molare, ogni qualvolta l'ascoltazione e la palpazione assicureranno l'assenza del feto in un utero il cui sviluppo appare insolito ed il cui volume è troppo considerevole, o troppo piccolo per la presunta età della gravidanza. La diagnosi si baserà sulla consistenza peculiare dell'organo, sulle precoci emorragie, sopra uno scolo siero-sanguinolento pertinace, e sullo stato generale della gravida, anemica, dimagrata e soggetta a vomiti frequenti. Variabile è la durata della gravidanza molare. Generalmente la espulsione spontanea si osserva prima del quinto mese, ma quando la mola acquista presto pro-

porzioni considerevoli, questo limite può essere abbreviato e per converso. La presenza di una mola nella cavità uterina esige una evacuazione rapida e completa a mezzo del cucchiaio. Qualora si avesse la convinzione che dessa è penetrata nella muscolatura uterina, potrà essere eseguita la isterectomia, la quale poi sarebbe richiesta d'urgenza nel caso di rottura della matrice. DECIO.

E. PAQUY. — **Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Des grossesses développées dans des trompes saines.** — Thèse de Paris, 1897.

L'A. non ammette fra le cause le emozioni vive, la paura nell'atto dell'amplesso sessuale e via dicendo, come pure rifiuta l'opinione che attribuisce la gravidanza ectopica, alle malformazioni congenite delle trombe, giacchè il fatto di incontrare la gravidanza tubarica in donne che già ebbero a sopportare parecchie gravidanze uterine, è sufficiente a provare la inesattezza dell'ipotesi. Anche la stenosi tubarica dovuta a compressione neoplastica, non può dar luce che sopra casi particolari. Secondo Lawson-Tait, l'utero è la sede della fecondazione normale. Le ciglia vibratili che tappezzano il dotto tubarico s'oppongono alla ascesa del filamento spermatico. A ciò che lo spermatozoide possa aggredire l'ovulo nella salpinge, e che l'uovo fecondato possa fissarsi sulle pareti della medesima, è condizione necessaria che le ciglia vibratili che cacciano lo spermatozoo, e conducono l'uovo nell'utero, siano scomparse pel fatto di una flogosi anteriore, di una salpingite, la quale distrutto l'epitelio abbia preparato il terreno, per così dire, all'impianto ovulare.

Oggi è fuori d'ogni dubbio che gli zoospermi penetrano normalmente nelle tube, nelle quali assai verosimilmente accade la fecondazione: l'incontro dell'elemento maschile col femminile non ha luogo nell'utero. Il punto di partenza della teoria di Lawson-Tait è dunque falso; Paquy dimostra in seguito non essere vero che la salpingite sia necessaria per dare spiegazione della sosta dell'uovo fecondato nella tromba. La gravidanza ectopica fu osservata in femmine scevre da salpingite, ed appare in donne che mai ebbero a presentare fenomeni infiammatori dal lato dell'apparecchio genitale; infine l'esame istologico di trombe a contenuto gravidico, non isvela lesioni salpingee.

La metrite essendo una causa di sterilità relativa, ne consegue che è assai irrazionale il supporre che condizioni infiammatorie le quali nell'utero ostacolano lo sviluppo dell'uovo, abbiano per converso a favorirlo nella tuba; in una parola, a ciò che l'uovo possa impiantarsi e svilupparsi nel condotto salpingeo è necessario che perfettamente sana ne sia la tonaca mucosa. DECIO.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Novembre 1898. Num. 11.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY 21 NOV 98

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova

diretta dal Prof. Luigi Acconci

DELLA ISTERECTOMIA VAGINALE

STUDIO CLINICO

DEL

Dott. AGOSTINO SAPELLI

Primo Assistente.

(Continuazione, vedi pagina 818).

Influenza dell'isterectomia vaginale sull'organismo.

Fra tutti gli appunti mossi all'isterectomia vaginale uno, certo di non lieve importanza, si fu quello che essa portasse, per l'esportazione di organi che erano ancora nella piena loro attività funzionale, uno speciale corteo di disturbi; che essa arrecasse modificazione sull'organismo, non solo dal lato fisico, ma anche dal lato psichico. Si volle cioè ammettere che nelle donne isterectomizzate comparissero disturbi dipendenti dalla soppressa funzione dell'apparato genitale, non solo, ma anche che in queste donne avvenissero facilmente gravi perturbamenti da parte del sistema nervoso.

Ora, poichè mi era stato possibile rivedere un gran numero di operate, ho cercato di dilucidare questo punto, e ho rivolte loro delle speciali domande, per potere così avere dei dati completi e sufficienti per poter giudicare del valore di queste obbiezioni.

Prima di tutto ho ricercato se esse erano divenute, dopo l'operazione, capaci di attendere alle loro abituali occupazioni delle quali, in causa della malattia, erano state distolte.

In tutte le donne osservate esisteva più o meno spiccato, prima dell'operazione, una incapacità al lavoro; in alcune si aveva un'assoluta impossibilità di attendere anche alle semplici cure domestiche.

Orbene, in tutto ho riscontrato, dopo l'operazione, ritornata la capacità al lavoro, tutte indistintamente assicuravano di poter senza alcun disturbo attendere alle loro occupazioni, e si noti che alcune, per la loro speciale professione, erano obbligate a lavori faticosi, i quali potevano compiere nel modo più completo. Questo ritorno della capacità al lavoro ho verificato avvenire, nella maggior parte delle donne, in media 2, 3 mesi dopo l'atto operativo, in un solo caso questo non si ebbe che 2 anni dopo, è a notarsi però che quest'operata era in condizioni di denutrizione abbastanza gravi.

I sintomi residuanti dopo un'operazione radicale Glävecke (125) ha minuziosamente studiati e descritti; egli li divide in due gruppi, gli uni cui dà il nome di *molimina menstrualia,* si osserverebbero nel periodo di tempo in cui dovrebbe comparire la mestruazione e consistono in senso di dolore alla regione sacro-lombare, all'addome, in senso di peso alla regione ipogastrica, senso di gonfiezza alle mammelle. Il secondo gruppo chiama *molimina climaterica* e si osserverebbero nel tempo corrispondente al periodo intermestruale, e sarebbero dati da vampe di caldo specie alla faccia, da sudori, da vertigini, senso di formicolìo alle estremità, talora anche ronzìo alle orecchie.

Un'esatta spiegazione di questi fenomeni noi non possiamo dare ancora oggigiorno. Certo dobbiamo tener conto che l'organismo femminile va soggetto a modificazioni complesse, ad intervalli periodici di 4 settimane, modificazioni che si manifestano sia con cambiamento nella temperatura, nella pressione vasale, nel polso, ecc., fenomeni che, a seconda dei varii tipi, sono più o meno accentuati.

Ora l'organismo ha fatto come una specie di abitudine a queste cicliche modificazioni e allorchè vengono, in causa di un'operazione, soppressi gli organi genitali interni, è naturale supporre che per un certo tempo ancora debbano queste modificazioni seguire a manifestarsi, e vengano anche ad essere disturbate.

D'altra parte per la spiegazione di questi sintomi, che si osservano dopo un'operazione radicale, noi dobbiamo anche considerare che, come Brown Sequard ha detto, tutte le glandole sieno o no provviste di un condotto escretore, forniscono al sangue dei materiali speciali, la di cui mancanza si fa sentire tutte le volte che, o per la loro distruzione, o per la loro estirpazione, queste stesse glandole vengono a cessare nella loro funzione.

Ora le ovaie non devono certo sfuggire a questa legge generale e se ancora non possediamo a questo proposito cognizioni esatte, tuttavia è ammissibile una secrezione interna di questi organi. Pepel, Reprev, Tarulli e Curatulo hanno dimostrato avvenire una modificazione nel ricambio materiale dopo l'esportazione dell'utero o delle ovaie. E che questi disturbi in parte possano essere prodotti dalla mancanza di questi speciali principii, lo proverebbe anche il fatto che, sottoponendo le operate ad una cura con estratto di sostanza ovarica, i disturbi vengono in parte a diminuire e anche a cessare completamente.

Mainzer (126) ha osservato sei casi in cui, dopo una cura con tabloidi di ovarina, i disturbi diminuirono, io ho pure osservato un'operata (N. 39), nella quale la somministrazione di estratto d'ovaie, ha portato una diminuzione dei disturbi.

Noi dobbiamo anche tener conto del fatto che in un gran numero di casi, le ovaie essendo gravemente alterate, ne doveva pure essere modificata la loro funzione, e l'organismo quindi doveva già avere più o meno risentito l'influenza di questa alterata funzione. Questo può spiegare quanto io, al pari di altri, ho notato che nella donna, in cui l'operazione fu richiesta per gravi alterazioni degli annessi, i sintomi comparsi dopo l'operazione furono meno accentuati.

Lasciando da parte le operate per carcinoma, in cui i sintomi conseguenti all'operazione radicale sono spesso mascherati dai sintomi risultanti dalla riproduzione del neoplasma e alcune di quelle operate per prolasso le quali erano in età già avanzata, io trovo che sopra N. 131 donne rivedute, ad una distanza non minore di sei mesi dall'operazione, i sintomi sopra accennati si osservarono in tutte.

Non in tutte però aveano uguale intensità, in 92 operate, questi erano più spiccati, in 39 erano appena accennati, e le donne si può dire vi aveano richiamata l'attenzione in seguito alle nostre domande. Del resto anche in quelle del primo gruppo costituivano più che un vero disturbo, un leggero incomodo, per il quale esse non venivano in alcun modo a soffrire.

In tutte le operate questi sintomi erano andati man mano diminuendo in intensità e frequenza, tanto da scomparire quasi completamente in molte, in media trascorso un anno dall'operazione.

In un solo caso, mentre si erano mostrati poco intensi e frequenti nei primi 3 anni dall'operazione, si fecero più intensi e più frequenti

in seguito; notisi che in questa donna furono lasciate le ovaie. In un'altra donna (N. 55), questi sintomi comparvero solo 2 1|2 anni dopo l'operazione; in questa insieme con l'utero erano stati esportati gli annessi.

Le operate in genere si lagnavano di vampe di caldo alla faccia, che comparivano talora 4, 5 volte al giorno, talora meno frequentemente, solo ogni 5, 6 giorni; queste donne dicono che si sentono salire il sangue alla testa, la faccia si ricopre di sudore e si fa iniettata, qualche volta si ha anche senso di vertigine, ronzìo alle orecchie, in alcune compare anche senso di tensione e di formicolìo alle estremità. Tutto questo dura pochi minuti e scompare fino al prossimo accesso.

Altre donne invece si lagnavano di senso di tensione all'addome, specialmente senso di peso all'ipogastro, di dolori sacro-lombari e dolori nelle fosse iliache.

Mentre il primo gruppo di sintomi lo notai in 99 casi, il secondo l'osservai solamente in 32. In 4 casi, durante il tempo corrispondente alla mestruazione mancante, si aggiungeva senso di trafittura alla vescica e leggero tenesmo vescicale, disturbi però che scomparivano completamente dopo 3, 4 giorni e che si mantennero solo per alcuni mesi, lo stesso dicasi per il senso di tensione alle mammelle notato da una operata (N. 70).

Ora, se mantenendo la divisione fatta da Glävecke, ascriviamo il primo gruppo dei sintomi osservati nelle operate ai *molimina climaterica*, il secondo ai *molimina menstrualia*, noi dobbiamo dire che molto più frequenti furono i primi che i secondi.

Questo non raccorda con quanto trovò lo stesso Glävecke, il quale nelle operate radicalmente, avrebbe riscontrato che i disturbi climaterici sono molto più rari a verificarsi e anche solo quando le ovaie erano lese, tanto che stabilisce il principio che i disturbi climaterici nulla hanno da fare coll'utero, ma sono in rapporto coll'estirpazione delle ovaie.

D'altra parte, come ho già fatto notare, io non ho potuto osservare nelle operate pei fibromiomi una influenza diretta dell'abbandono delle ovaie sulle produzione di questi sintomi, poichè li ho osservati tanto nei casi in cui gli annessi erano stati estirpati, quanto in quelli in cui erano lasciati. Per cui io sarei portato a concludere che questi disturbi climaterici si verificano dopo l'estirpazione dell'utero e in parte da esso dipendono, tanto più che anche in quei casi in cui l'operazione riuscì

incompleta per l'abbandono di tutti gli annessi o di loro parti, questi molimina climaterica li ho notati colla stessa intensità e frequenza, che in quelli in cui con l'utero gli annessi erano stati completamente estirpati.

Se questi disturbi, che sono principalmente vaso-motori, siano dovuti più ad una irritazione che ad una paralisi dei centri vaso-motori, non credo si possa ancora esattamente determinare, stante la non completa cognizione che della fisiologia di questi stessi centri noi abbiamo.

Se da una parte il fatto che essi spesso diminuiscono o scompaiono dietro una cura organoterapica, starebbe a provare che essi possono dipendere da una speciale azione che la secrezione interna delle ovaie può avere sopra la crasi sanguigna, d'altra parte il comparire anche quando le ovaie, sane, sono conservate, starebbe a provare che sulla loro produzione devono influire altri fattori che ancora ci sfuggono.

Nè per l'osservazione dei miei casi posso accordarmi con quanto dice Mainzer (loc. cit.) e con quanto afferma Kelly *(British Medical Journal*, 29 Gennaio 1898), che quando le ovaie sono conservate se pure questi disturbi compaiono, essi sono meno accentuati, perchè io ho notato essere accentuatissimi anche in casi in cui questi organi furono conservati. In un'operata (N. 11) di estirpazione dell'utero per fibromiomi, le vampe di caldo, i sudori, ecc., erano assai spiccati ancora circa 4 anni dopo l'operazione, e se di questo caso noi non vogliamo tener conto, perchè dopo la miomectomia, Mainzer afferma, che i sintomi risultanti sono più gravi, io trovo che anche in altre operate per diversa indicazione, questi sintomi comparvero, nè con notevole minore intensità rispetto alle altre.

Se fra quelle in cui questi sintomi furono meno accentuati noi ricerchiamo l'età, troviamo che fra esse vi sono donne giovani e donne già attempate, come giovani prossime o alla menopausa, erano quelle in cui i sintomi erano più manifesti. Non si può quindi ammettere, come forse sembrerebbe logico a priori, che l'età abbia influenza sulla produzione di essi in rapporto all'intensità. Mi è parso piuttosto che l'intensità fosse in rapporto colla gravità delle lesioni che richiesero l'atto operativo; nella maggior parte delle operate per lesioni suppurate degli annessi questi sintomi furono un po' meno accentuati che nelle altre donne.

Marsi (127) in un'operata di isterectomia vaginale notò ematuria

ad ogni epoca mestruale; fra le operate da me rivedute in una sola (N. 40) ebbi a riscontrare perdite di sangue dalla bocca e dal retto sotto forma di mestruazioni vicarianti. In questa donna si ebbero per un anno e mezzo circa dopo l'operazione delle emottisi nell'epoca corrispondente al periodo mestruale; cessata dopo questo tempo l'emottisi comparve, sempre in perfetta coincidenza col periodo mestruale mancante, perdita sanguigna del retto, perdita che ora da parecchi mesi è cessata del tutto.

In nessun caso notai obesità; è vero che quasi tutte queste donne erano ingrassate, ma ciò sempre in limiti tali da non costituire una vera forma morbosa; sempre in proporzione e in conseguenza del riacquistato benessere generale. Per quanto si riguarda le funzioni intestinali, non ebbi mai a notare inconvenienti dopo l'operazione; nella maggior parte delle operate si ebbe la regolarizzazione di questa funzione, in pochi casi si ebbe facile stitichezza, fatto però già preesistente all'atto operativo.

Degno di essere notato nelle operate di estirpazione dell'utero e degli annessi è il modo di comportarsi del senso erotico. È opinione volgare che coll'estirpazione dell'utero e delle ovaie le donne vengono ad essere private del loro sesso; ora, come giustamente osserva Lawson-Tait (128) occorre nelle donne distinguere tre ordini di funzioni sessuali: 1.° quella di donna, 2.° quella di sposa, 3.° quella di madre. Se con l'operazione radicale si venissero a togliere tutte queste tre funzioni, forse sarebbe il caso di andare molto cauti nell'intervento; ma allorquando si pratica l'operazione le due principali di queste funzioni, quella di sposa e di madre sono già per la malattia stessa completamente abolita, se pure il coito resta possibile, riesce però doloroso, tanto che la maggior parte delle pazienti affermano che rifuggono con spavento da questo atto.

Ora coll'operazione radicale noi arrechiamo un grande vantaggio, poichè, asportate le parti ammalate, veniamo a rendere possibile la coabitazione, allontanando la causa della dispareunia.

Il senso della voluttà poi non viene per nulla ad essere modificato. Dalle ricerche che io ho fatto a questo proposito nelle nostre operate, io ho trovato come in quasi tutte il senso erotico fosse completamente conservato ed immutato, anzi in alcune aumentato, e questo ho notato avvenire nelle donne dedite ad una vita libera. Se in pochissimi casi (5)

non si avea, si può dire, senso erotico, questo fatto già preesisteva all'operazione; tutte queste donne confessavano come per esse il trasporto sessuale era quasi sconosciuto. Si deve dunque ritenere che il senso della voluttà non viene per nulla ad essere modificato e che il centro di esso, essendo nel cervello, i punti da cui partono i riflessi, cioè gli organi che si trovano nel vestibulo della vagina, non subiscono cambiamento alcuno.

Certamente nel giudicare dell'influenza che l'asportazione dell'utero e degli annessi ha sopra la produzione del senso erotico dobbiamo tener conto di questo; che noi non operiamo già su donne con organi genitali sani, ma sopra persone in cui esistono sempre alterazioni più o meno gravi dei genitali stessi, e nelle quali quindi vi è sempre un grado più o meno accentuato di dispareunia. Ora, tolta questa, si capisce come il coito possa riuscire piacevole anche senza destare sensazioni speciali, ma solo perchè è cessato il dolore che prima l'accompagnava. D'altra parte io non voglio negare che sulla produzione del senso di voluttà non abbiano influenza i genitali interni, l'utero, le ovaia; certamente in alcune donne il collo dell'utero (Robin, Hartmann) è un centro per la sensibilità genitale, nè si può negare un'influenza per questo alle ovaie, ma noi dobbiamo anche ricordare come il senso della voluttà non è ottenuto mediante un organo speciale, ma esso è prodotto da una semplice sensazione di contatto che trae i suoi caratteri specifici del modo con cui questo contatto avviene. Diffatti altre parti del corpo femminile, estranee alla sfera genitale, come talora l'immaginazione, la sensibilità cutanea in genere, la vista ecc., contribuiscono al senso erotico. Ammesso però che la maggior sensibilità genitale risieda in corrispondenza del clitoride e del vestibolo della vagina, restando queste parti immutate, si capisce come l'eccitamento sessuale, il quale oltre che partire dal cervello (spontaneo) può pure partire dai genitali (riflesso) venga ad essere conservato. Mai nelle nostre operate si verificò difficoltà nel coito per brevità della vagina.

Richelot avendo praticata l'isterectomia in tre cantanti; osservò in due una diminuzione della tonalità della voce; Mainzer invece in un caso non notò alcuna modificazione. Io non posso dare a questo riguardo dei dati sicuri, certo si è però che nessuna delle operate notò a questo proposito modificazioni.

Keith (129) già da qualche anno, sollevò la questione della fre-

quenza della follia dopo operazioni gravi all'utero ed annessi e ha dato una percentuale del 10 0[0], cifra così elevata che, come rileva Lawson-Tait, non solo non fu da nessuno confermata, ma fa supporre si tratti di un errore. Schauta (130) su 1300 celiotomie non ne ebbe alcun caso.

Nelle nostre operate mai riscontrammo casi di psicosi, mai alcun disturbo nervoso. Alcune di esse che prima dell'operazione presentavano turbe isteriche, queste o migliorarono o si mantennero immutate dopo l'operazione; in un solo caso si ebbe scomparsa completa della nevrosi isterica.

Recentemente Angelucci e Pierracini (131) partendo dal concetto che dopo operazioni praticate sui genitali insorgano spesso forme di alienazione mentale, hanno pensato di ricorrere ad una specie di inchiesta internazionale rivolgendosi ai principali Direttori di Manicomi e di Cliniche ginecologiche, tanto dell'Europa che dell'America, per conoscere quanti casi si fossero osservati di pazzia dopo operazioni sui genitali, domandando nello stesso tempo la loro opinione sulla opportunità della cura chirurgica della nevrosi isterica.

Con le risposte avute hanno potuto dividere i vari casi in gruppi, nei quali sono considerate le varie eventualità in cui l'atto operativo fu praticato, e le conseguenze che ne derivarono. Orbene, sopra i 117 casi raccolti io noto che fra le 25 donne divenute pazze dopo operazioni sui genitali, solo 3 ne figurano dopo l'isterectomia vaginale, e in due di queste la guarigione completa si ebbe abbastanza presto. È poi a notarsi che non si sa esattamente se queste donne fossero del tutto sane prima dell'operazione.

Fra quelle che presentavano già fenomeni isterici prima dell'operazione, in 3 sole si ebbe una vera pazzia dopo l'ablazione dell'utero o degli annessi, fatta non per curare la nevrosi, ma per malattie dei genitali interni.

Sei isteriche rimasero stazionarie o peggiorarono dei disturbi nervosi; 9 isteriche guarirono e fra queste è compresa l'operata del professor Acconci che sopra ho ricordato. Non vi è dubbio che questi dati sono tutt'altro che rassicuranti; ma se io debbo giudicare in base ai casi da me osservati, io devo dire che, sopra le 227 operate, mai ebbi a riscontrare insorgenza di forme di alienazione mentale; del resto anche Mainzer sopra 200 casi non ne osservò alcuno.

Per quanto si riguarda alla nevrosi isterica, io mi accordo con

quanto dicono la maggior parte degli alienisti e dei ginecologi, che cioè, essendo questa la manifestazione di uno stato speciale del sistema nervoso, l'intervento chirurgico sopra organi genitali sani deve essere completamente abbandonato. Ma se alle turbe isteriche sono associate delle lesioni, sia delle tube, sia dell'ovaio, o dell'utero, dimodochè si possa ritenere che questi disturbi sieno di origine riflessa, allora l'intervento è indicato, perchè, se pure non si otterrà una guarigione completa, noi potremo avere una diminuzione o per lo meno uno stato stazionario dei disturbi nervosi, nel mentre che avremo coll'esportazione degli organi ammalati tolta già una delle cause di sofferenze.

E questo credo di poter dire in base alle osservazioni fatte, perchè fra le operate parecchie ve ne erano affette da nevrosi isterica e in nessuna osservai un peggioramento, in alcune un notevole miglioramento; in una poi, come già ho accennato, si ebbe guarigione, la quale fu constatata anche dal prof. Morselli, che aveva vista e curata questa donna prima dell'operazione.

Questi dati hanno anche maggior valore, perchè, come risulta dalle ricerche di Angelucci e Pierracini, l'insorgere della pazzia o il peggioramento della nevrosi isterica si verifica in tempo assai breve dopo l'operazione, in alcuni casi anzi immediatamente dopo; ora tutte le donne che ho rivedute erano già operate da un lasso di tempo sufficientemente lungo per poter dire che erano rimaste sane.

In due casi (N. 30, 80) le ammalate affermano di aver notata dopo l'operazione una diminuzione della memoria; è un dato questo però sul quale difficilmente si può portare un giudizio.

Per quanto si riferisce agli organi genitali restanti io non ho mai riscontrato ernie vaginali.

Per la fissazione dei peduncoli agli angoli della ferita vaginale ne residuano in questo punto, a guarigione completa, due piccoli infundibuli più o meno accentuati. Abbastanza spesso ho riscontrato in corrispondenza di questi punti delle piccole vegetazioni a forma di polipo, le quali all'esame microscopico si mostravano costituite da tessuto connettivo di neoformazione, e che presto scomparivano con semplici cauterizzazioni con percloruro di ferro. In nessun caso ebbi a notare che queste fossero date, come hanno descritto Scönheimer (132) e Pasteau (133), da proliferazioni della mucosa tubarica, quando le pareti della tuba erano state fissate alla vagina.

I peduncoli, fatta eccezione dei pochi casi già ricordati, liberi da ogni essudato, così pure la cupola vaginale, anche quando i residui degli annessi erano stati fissati alla ferita vaginale stessa.

Insomma sia le condizioni generali che le condizioni locali ottime sotto ogni rapporto, liberate da ogni disturbo, migliorate assai nello stato generale, sia fisico, che morale, tutte queste donne opportunamente interrogate rispondevano, che ben volentieri si sarebbero assoggettate ad un simile atto operativo, se già non l'avessero subìto, visti gl' immensi vantaggi ottenuti per cui erano stati ridonate ad una nuova vita.

Mi è grato fare qui i più vivi ringraziamenti al mio Maestro professor Acconci il quale oltre incaricarmi di queste ricerche, mi diede preziosi consigli, concedendomi altresì di praticare alcuni di questi atti operativi.

Voglia accettare l' espressione del mio più sincero affetto e della mia riconoscenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Doyen. « 324 operation sur l'utérus et ses annexes. » *Archives provinciales de chirurgie*, Dicembre 1892.
2. Doyen. *Archives provinciales de chirurgie*, 1892, N. 12.
3. Palletta-Omodei. *Annali universali*, 1822 e *Memorie dell' Istituto Lombardo-Veneto*, vol. I, 1819.
4. Cavallini. « Tentamina medico-chirurgica de felici in quibusdam animalibus uteri extratione. » — Nannoni. « Trattato di ostetricia. » Pisa, 1794, p. 30.
5. Sauter cit. da Doyen. *Archives provinciales de chirurgie*, Décembre 1892.
6. Bellini. « Estirpazione di un utero scirroso, ecc. » *Annali universali di medicina*, 1828. — « Strumenti e processi nuovi per estirpare in parte o in totalità l'utero. » Lugo, 1832.
7. Récamier citato da Spinelli nel « Trattato di ginecologia clinica ed operativa » del Pozzi, pag. 365.
8. Dieffenbach. « Die operative Chirurgie. » Bd. 2, S. 794. Leipzig, 1848.
9-10. Kieter e Reiche cit. da Landau. « Die vaginald radicaloperation. » Berlin, 1896.
11. Hegar e Kaltenbach. « Operative Gynäkologie. » 3. Auff., S. 217, 1886.
12. Morisani. « La cura chirurgica del prolasso dell'utero. » *Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia*, Roma, 1897.
13. Richelot. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1896, p. 522.
14. Bouilly. *Annales de gyn. et obst.*, 1896, p. 545.
15. Reynier. *Ibidem*, 1894, p. 177.
16. Kocks. *Amer. Journal of obst.*, 1886, p. 606.

17. Herrick. « *Americ. Journal of obst.*, 1891, Marzo.
18. Saenger. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1896, N 9. — Fabbri. Soc. Med. Chirur., Bologna, 1892.
19. Mackenrodt. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 23 Dicembre 1895, p. 1125.
20. Pakley cit. da Roncaglia. « Studio storico critico sui vari metodi di cura dei prolassi genitali. » Torino, 1896.
21. Gherardt. *Arch. d. Danischen Gesundeites Colleg.*, 1836.
22. Jurgensen cit. da de Quenu. *Annales de Gynécologie et Obst.*, 1894, p. 28.
23. Edwards cit. da Quenu. *Ibidem.*
24. Choppin cit. da Asch. *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXXI, 1893.
25. Patterson. *Glascow Med. Journ.*, 1876.
26. Corradi. *Lo Sperimentale*, 1876.
27. Hegar e Kaltenbach. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1888.
28. Henrotay. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1894.
29. Jacobs. *Ibidem.*
30. Quenu. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1894.
31. Pozzi. *Ibidem.*
32. Bouilly. *La Gynécologie*, N. 2, 1897.
33. Martin. *Berlin. Klin. Woch.*, 1891, p. 1087.
34. Fritsch cit. da Asch. *Arch. f. Gynäk.*, 1889, XXXV.
35. Hartmann et Du Bouchet. *Annales de gynécologie et obtétrique*, 1894.
36. Codivilla. *Annali di ostetricia e ginecologia*, Milano, N. 4, 1897.
37. Currier. *La Gynécologie*, N. 2, 1897.
38. Bouilly. X Congresso francese di chirurgia, 1896.
39. Reynier. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1894.
40. Schauta. « Trattato completo di ginecologia. » Traduz. Motta, p. 299.
41. Martin. Congresso di Magdeburgo, 1884.
42. Landau. *Centralblatt f. Gynäkologie*, N. 11, 1889.
43. Pichevin. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1890.
44. Dimitri de Ott. « Atti del Congresso Internazionale. » Roma, 1895.
45. Hegar e Kaltenbach. *Jahresbericht, ecc.*, XIX, Bd. II, p. 623.
46. Pozzi. *Ibidem.*
47. Gusserow. *Ibidem*, Jahrg XXI, Bd. II, p. 635.
48. Bouilly. *Annales de gyn. et obst.*, Décembre 1897.
49. Runge et Löhlein. *Jahresbericht*, Jahrg XIII, Bd. II, p. 704 e Jahrg XXII, Bd. II, p. 706.
50. Mangiagalli. « Trattato di ginecologia, » p. 321.
51. Inverardi. *Annali di ostetricia e ginecologia*, N. 2, 1898.
52. Leopold. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 52, Heft. 3, 1896.
53. Mangiagalli. « Atti del Congresso Internazionale. » Roma, 1895.
54. Pozzi. « Trattato di ginecologia clinica ed operativa. »
55. Schauta. « Trattato di ginecologia. » Traduz. Motta, p. 307.
56. Polk. *La Gynécologie*, N. 15, 1896.
57. Landau. « Die vaginale radicale operation. » Berlin, 1896.
58. Texier. Thèse de Bordeaux, 1897.
59. Vitrac. *Gaz. hebd. de Sc. méd. de Bordeaux*, Luglio 1897.
60. Abel. *Arch. f. gyn.*, 1894, Hft. I.
61. Olshausen. *Annales de gynécologie et obstétrique*, Novembre 1897.
62. Kuestner. *Ibidem.*
63. Jonnesco. Congresso francese di chirurgia, 1897. *Ann. de gynéc. et de obst.*, Déc. 1897.

64. Mackenrodt. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895.
65. Kuestner. *Ann. de gyn. et obst.*, Novembre 1897
66. Fehling. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, N. 33.
67. Ott. *Ann. de gyn. et obst.*, 1889.
68. Mangiagalli. *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1894.
69. Sondheimer. *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. I, H. 4, 1895.
70. D'Erchia. « Contributo allo studio del cancro primitivo dell'utero. » *Atti della Societa italiana di ostetricia e ginecologia*, Roma, 1897.
71. Landau cit. da Meinzer. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 54, H. 3, 1897.
72. Atlee cit. da Goodel. « Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft. » 1877 an *Centr. f. Gyn.*, 1879, p. 20.
73. Battey cit. da Ruggi. « Metodo nuovo per l'ovariectomia vaginale. » *La Clinica moderna*, anno II, Dicembre 1896.
74. Gaillard Thomas. *Amer. Journ. of Med. Society*, Avril 1870.
75. Davis. *Transaction of the med. soc. of Pensylv.*, 1874.
76. Gilmore. *New Orleans med. and surg. Journal*, Novembre 1873.
77. Clifton Wing. *Boston med. and surg. Journal*, 2 Novembre 1876.
78. Goodell. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1879, p. 20.
79. Laroyenne-Blanc. Thèse, Lyon, 1884.
80. Blanc. *Ibidem.*
81. Goulliod. Congresso francese di chirurgia. 1894.
82. La Bonnardière. *Annales de gynécologie et obstétrique*, Gennaio e Febbraio 1896.
83. Gebhard. *Zeitschr. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. I, 1897.
84. Schauta. V.ª riunione della Società tedesca di ginecologia, 1893. *Ann. de gyn.*, 1893.
85. Kiefer. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, H. I, 1897.
86. Zweifel. « Vorschlungen über Klinische Gyn., » 1892, p. 157.
87. D'Antona. *Supplemento al Policlinico*, 17 Luglio 1897.
88. Richelot. « Atti del Congresso internazionale di Ginevra, » 1897.
89. Dudley. *Amer. Journ. of obst.*, Febbraio 1892
90. Terrier et Hartmann. *Ann. de gyn. et de obst.*, 1893, p. 417.
91. Baudron cit. da Pauchet. Thèse de Paris, 1896.
92. Lafourcade cit. da Paurchet. *Ibidem.*
93. Segond. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1883, II parte, p. 104.
94. Jayle. *Ann. de gyn. et de obst.*, 1896, p. 118.
95. Jackson. *Journ. of the Amer. Assoc.*, Febbraio 22.
96. Lafourcade. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1893, p. 186.
97. Segond. Congresso francese di chirurgia, 1893.
98. Schauta. *Ann. de gyn. et obst.*, 1892.
99. Martin. Thèse, Paris, 1893.
100. Inverardi cit. da Ferruta. « Contributo allo studio anatomo-patologico e clinico delle malattie della salpinge. » *Collez. ital. di letture sulla medicina*, Serie VI, N. 9-10-11.
101. Jacobs. « Atti del Congresso Internazionale. » Roma, 1895.
102. Chovin. Thèse, Paris, 1896.
103. Bergesio. « Sul trattamento chirurgico delle annessiti suppurate. » Torino, 1897.
104 Bliesener. *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie*, Heft. 1 e segg. 1896.
105. Abel cit. da Martin. « Congresso internazionale di Mosca. » *Annales de gynécologie et obstétrique*, Ottobre 1897.
106. Pozzi. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891, p. 213.

107. Doléris. *Ibidem*, p. 233.
108. Doyen. *Archives provinciales de chirurgie*, Dicembre 1892.
109. Segond cit. da Baudron. Thèse, Paris, 1894.
110. Jacobs. *Arch. provinciales de chirurgie*, 1895.
111. Delagenière cit. da Martin. Thèse, Paris, 1893.
112. Bardheneuer cit. da Bliesener. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, H. 1 e segg., 1896.
112 bis. Truzzi. *Monatschrift Geburtshülfe und Gynähologie*, Bd. VII, Hft. 1, § 18.
113. Muscatello. « Sulla struttura e sulle funzioni di assorbimento del peritoneo. » Torino, 1895.
114. Segond. *Ann. de gyn. et obst.*, 1891, p. 161.
115. Bouilly. « Atti del Congresso Internazionale di Ginevra. » 1897.
116. Richelot. Congresso francese di chirurgia, 1895.
117. Lucas Championniere cit. da Segond. *Ann. de gyn. et obst.*, 1891.
118. Doléris. *La Gynécologie*, N. 5, 1896.
119. Doyen. Congresso internazionale di Mosca. *Ann. de gyn et obst.*, Novembre 1897.
120. Landau. « Die vaginale radicaloperation. » Berlin, 1896.
121. Pichevin. *Gazette médicale de Paris*, N. 11, 1895.
122. Villa F. *Annali di ostetricia e ginecologia*, Milano, 1897, N. 12.
123. Th. e L. Landau. « Die vaginale radicaloperation. » Berlin, 1896.
124. Abel. *Arch. f. gyn.*, Hft. I, 1894.
125. Glaewecke. « Köperliche und geistige Veränderungen in Weiblichen Körper nach künstlichen Verlus der Ovarien einerseits und des Uterus andersets. » *Archiv f. Gynäkologie*, Bd. 35, I.
126. Mainzer. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 54, Hft. 3, 1897.
127. Marsi. *Ann. de gyn. et obst.*, Novembre 1897.
128. Lawson-Tait. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891, p. 283.
129. Keith. *Ibidem*, p. 205.
130. Schauta. « Trattato di ginecologia. » Traduz. italiana di Motta, p. 544.
131. Angelucci e Pierracini. « Sulla opportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nella nevrosi isterica e nelle alienazioni mentali. » Reggio Emilia, 1897.
132. Schönheimer. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1893, p. 858.
133. Pasteau. *Annales de gynécologie*, 1894, p. 261.

Seguono le Tabelle dei casi di isterectomia vaginale.

Num. d'ordine	Data dell'operazione. Luogo dove fu fatta	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
1	20 Aprile 1894 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Maddalena G. di anni 55.	Nullipara. Da 4 anni ha senso di peso all'ipo strio, dolori sacro-lombari.
2	21 Giugno 1894 id.	id.	Amelia D. di anni 38.	IIpara. Dall'ultimo parto, 5 anni fa, avverte se di beanza dei genitali e dolori nelle fosse iliac Fu sottoposta all'operazione di Alexander 4 a fa senza alcun vantaggio.
3	18 Dicembre 1894 id.	id.	Sindelica V. di anni 39.	Nullipara. Da 8 anni ha avvertito fuoriuscita d l'utero dai genitali, ha dolori sacro-lombari.
4	24 Marzo 1895 id.	id.	Teresa T. di anni 32.	VIIpara. In seguito all'ultimo parto (artificiale st mentale), ha senso di peso all'ipogastrio e dol sacro-lombari, ha leucorrea.
5	11 Maggio 1895 id.	id.	Anna B. di anni 45.	VIpara. Dopo l'ultimo parto, strumentale, comp cato da lacerazione perineale e seguito da puerpe infezioso, accusa senso di prolabenza dei genita senso di peso all'ipogastrio. Già due volte fu o rata di plastica vaginale senza risultato.
6	26 Giugno 1895 id.	id.	Angela A. di anni 63.	IXpara. Da qualche tempo accusa senso di pes tezza all'ipogastrio, senso di beanza dei genit ha minzione frequente.
7	22 Gennaio 1896 id.	id.	Maria R. di anni 55.	VIIpara. Da molti anni ha dolori sacro-lombrar senso di prolabenza dei genitali, disturbi acc tuatisi in questi ultimi tempi.
8	6 Marzo 1896 id.	id.	Elisa G. di anni 45.	IVpara. Da alcuni anni ha dolori sacro-lomba dolori nelle fosse iliache e senso di peso all'i gastrio. Da qualche tempo si sono fatti assai fo i dolori nelle fosse iliache, specie a destra.
9	6 Maggio 1896 id.	id.	Ernesta C. di anni 40.	IIpara. Da 5 anni ha senso di beanza dei genit dolori sacro-lombari, dolori e senso di peso all'i gastrio, dolori nelle fosse iliache.
10	3 Luglio 1896 id.	id.	Emilia B. di anni 31.	VIpara. Dall'ultimo parto avverte dolori sacro-lom ri, senso di peso all'ipogastrio, senso di beanza genitali; questi disturbi si accentuarono da 4 me
11	14 Luglio 1896 id.	id.	Nicoletta S. di anni 50.	IIpara. Da molti anni ha dolori sacro-lombari, ser di beanza dei genitali. Portò senza notevole va taggio varî pessarî.
12	3 Luglio 1897 id.	id.	Maria G. di anni 40.	Vpara. Da 2 anni senso di peso all'ipogastrio e ser di beanza dei genitali.

11' utero.

Diagnosi	Operazione	Esito immediato	Osservazioni	Esito definitivo
asso dell'utero di grado.	Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Colporrafia anteriore e post. (Hegar).	Guarigione.	—	—
asso dell'utero di grado,	id.	id.	—	Riveduta nel Gennaio 1897, si constata leggero grado di cistocele.
id.	id.	id.	—	Riveduta nel Dicembre 1897, si constata recidiva del prolasso delle pareti vaginali.
ite cronica, prolasso 'utero di 2.° grado.	id.	id.	—	Persiste la guarigione.
asso di 2.° grado.	id.	id.	Sei ore dopo l'operazione compare emorragia dal peduncolo di destra, frenata tosto coll'applicazione di due pinze.	id.
asso di 3.° grado.	id.	id.	—	Leggero grado di cistocele.
id.	id.	id.	—	Persiste la guarigione.
asso dell'utero di 3.° do. Sacto-salpingite ulenta destra, ovaio ro disteso da una colta ascessuale.	id.	id.	—	—
lasso di 3.° grado. ro-salpingite interiale bilaterale.	id.	id.	—	Persiste la guarigione.
asso di 3.° grado. Cie rettocele.	id.	id.	—	Persiste la guarigione nel Febbraio 1897.
asso dell'utero di 3.° do. Cisto e rettocele.	Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Colporrafia anteriore e post. (Hegar).	Morte.	In 5.° giorno compaiono segni di broncopolmonite a focolai confluenti al lobo medio. All'8.° giorno diffusione del processo polmonare al lobo inferiore. Le condizioni vanno sempre più aggravandosi e l'ammalata muore in 13.° giorno dall'operaz.	—
id.	Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. (Metodo Codivilla).	Guarigione.	—	Riveduta nel Febbraio 1898, si constata la permanenza della guarigione.

Num. d'ordine	Data dell'operazione. Luogo dove fu fatta	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
13	15 Luglio 1897 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Angela O. di anni 65.	XIIpara. Da 3 anni senso di peso all'ipogas senso di prolabenza dei genitali.
14	17 Luglio 1897 id.	id.	Antonia M. di anni 57.	VIpara. Da 2 anni dolori sacro-lombari, sens peso all'ipogastrio e senso di beanza dei gen
15	9 Novembre 1897 id.	id.	Elisa R. di anni 41.	XIpara. Da 2 anni e mezzo, epoca dell'ultimo p accusa dolori sacro-lombari, senso di peso al gastrio, senso di beanza dei genitali.

Fi

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
1	14 Aprile 1892 Clinica di Padova.	Prof. Acconci.	Elena P. di anni 43.	Nullipara. Da 10 anni ha menorragie e freq metrorragie, accusa dolori sacro-lombari.
2	23 Aprile 1892 id.	id.	Luigia S. di anni 42.	XIpara. Da qualche anno ha menorragie e me ragie abbondanti.
3	15 Maggio 1892 id.	id.	Anna C. di anni 35	IIIpara. Da un anno perdite quasi continue di gue dai genitali, dolori sacro-lombari, sens peso all'ipogastrio. Condizioni generali grav l'anemia.
4	1 Giugno 1892 id.	id.	Giustina M. di anni 46.	VIpara. Da 5 mesi menorragie e metrorragie lori sacro-lombari e all'ipogastrio. Prof anemia.
5	10 Giugno 1892 id.	id.	Antonietta A. di anni 46.	Nullipara. Da 6 mesi si è accorta di una tum zione alla regione ipogastrica, accusa sens peso ai genitali, ha menorragie e metrorragie fre di dischezia.
6	1 Luglio 1892 id.	id.	Antonia S. di anni 52.	Vpara. Da 8 anni dolori sacro-lombari, sens beanza dei genitali, metrorragie e scolo siero guigno fetente dai genitali. Oltre il fibroma e un prolasso dell'utero di 3.° grado ed un'erni guinale a sinistra.
7	5 Dicembre 1892 id.	id.	Angela B. di anni 48.	XXIpara. Da qualche tempo ha menorragie e trorragie, dolori e senso di peso all'ipogastri
8	11 Dicembre 1892 id.	id.	Maria P. di anni 38.	Nullipara. Da 2 anni ha dolori all'ipogastrio, norragie e metrorragie abbondanti. Soffre di chezia. Profonda anemia.
9	26 Gennaio 1894 Clinica di Genova.	id.	Virginia R. di anni 40.	Ipara. Da 2 anni ha menorragie e metrorragie lori sacro-lombari e all'ipogastrio.

IAGNOSI	OPERAZIONE	ESITO IMMEDIATO	OSSERVAZIONI	ESITO DEFINITIVO
o dell'utero di 3,° Cisto e rettocele.	Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. (Metodo Codivilla).	Guarigione.	—	Riveduta nel Febbraio 1898, si constata la permanenza della guarigione.
id.	id.	id.	—	id.
o di 3.° grado, fia della porzione aginale del collo. rettocele.	Istero-ovaro-salpingectomia vaginale. Colporrafia anteriore e perineorrafia. (Hegar).	id.	—	id.

m i.

PERAZIONE	DIAGNOSI ANATOMICA	ESITO	OSSERVAZIONI
omia vaginale con tamento (Péan).	Fibromioma della parete posteriore.	Guarigione.	—
omia vaginale.	Fibroma sottomucoso polipiforme noduli-carcinomatosi impiantati sul tumore.	id.	—
omia vaginale per tamento (Péan) precisione vagino-peri-	Fibromioma interstiziale della parete antero-laterale destra, del volume di una testa di feto a termine.	id.	—
id.	Fibromioma sottomucoso della parete posteriore e noduli multipli interstiziali.	id.	—
id.	Fibromiomi multipli sottosierosi ed interstiziali. Utero del volume di una testa di adulto.	id.	—
omia vaginale. Cola anteriore e poste- Simon).	Fibromi multipli di cui uno voluminoso sottomucoso. Noduli carcinomatosi in corrispondenza del tumore sottomucoso.	id.	—
omia vaginale con zione della cisti ovaistra.	Fibromi multipli, cisti ovarica a sinistra.	id.	—
omia vaginale con tamento (Péan). Ovaingectomia bilate-	Fibromi multipli interstiziali sottosierosi e sottomucosi.	id.	—
varo-salpingectomia le.	Fibroma sottomucoso della parete anteriore.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell' operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
10	3 Giugno 1894 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Giorgina G. di anni 46.	Ipara. Da diversi anni ha leucorrea abbond dolori sacro-lombari, senso di peso all'ipoga mestruazioni irregolari.
11	26 Novembre 1894 id.	id.	Assunta Q. di anni 50.	IVpara. Da molti anni ha menorragie e metror abbondanti. Grave stato d'anemia.
12	11 Gennaio 1895 id.	id.	Maria M. di anni 42.	IIpara. Da parecchi anni ha dismenorrea ova ha leucorrea, menorragie e metrorragie.
13	8 Giugno 1895 id.	id.	Maria L. di anni 43.	VIpara. Soffre da parecchio tempo di dolori s lombari, ha menorragie e metrorragie. Fu op 6 anni fa di amputazione del collo.
14	19 Giugno 1895 id.	id.	Giulia C. di anni 39.	IIpara. Da 3 anni accusa dismenorrea uterina lori sacro-lombari e senso di peso all'ipoga Rimasta gravida la gravidanza s'interruppe taneamente al 4.° mese. Fu operata in 25.° g di puerperio.
15	17 Luglio 1895 id.	id.	Rosa F. di anni 43.	VIpara. Da 10 anni soffre di dolori sacro-lomb leucorrea abbondante, da due anni ha menor
16	19 Luglio 1895 id.	id.	Artemisia T. di anni 40.	Nullipara. Da qualche tempo ha menorragi alcuni mesi sono comparse metrorragie.
17	21 Novembre 1895 id.	id.	Maria O. di anni 44.	Nullipara. Da parecchi anni ha abbondanti m ragie e metrorragie che la ridussero in grave di anemia. Da tre mesi sono comparsi dolo l'ipogastrio.
18	23 Novembre 1895 id.	id.	Maria C. di anni 35.	Nullipara. Da molti anni accusa dolori sacro bari, menorragie e metrorragie. Fu operat anno fa di castrazione, stette bene per circa 7 dopo il quale tempo ricomparvero abbondan trorragie. Profondo stato di anemia.
19	19 Gennaio 1896 id.	id.	Maria S. di anni 32.	Nullipara. Da 2 anni accusa dolori sacro-lo e all'ipogastrio, dismenorrea uterina.
20	26 Febbraio 1896 id.	id.	Angela P. di anni 48.	Nullipara. Da un anno accusa dolori sacro-lom senso di peso all'ipogastrio, menorragie.
21	2 Luglio 1896. id.	id.	Marinetta M. di anni 39.	Nullipara. Da 10 anni ha menorragie e metror dolori sacro-lombari. Grave stato di denutri gravissimo stato di anemia.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
-ovaro-salpingectomia ıale per spezzettamento n) previa incisione va- perineale.	Numerosi nodi miomatosi sottomucosi ed interstiziali. Ovarosalpingite interstiziale. Utero grosso come se gravido di 5 mesi.	Guarigione.	—
tomia vaginale per ettamento (Péan).	Utero grosso come se gravido di 6 mesi, con nodi fibromatosi nella parete posteriore. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 700.	id.	—
tomia vaginale previa one vagino-perineale.	Nodi fibromatosi disseminati nelle pareti anteriore e posteriore. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 300.	id.	—
tomia vaginale con ettamento (perforatori ı).	Fibromi multipli interstiziali. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 1200.	id.	Decorso post-operatorio complicato da fenomeni di autointossicazione intestinale comparsi in 14.° giorno.
id.	Nodi fibromatosi della parete postero-laterale sinistra e del fondo. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 1560.	id.	—
ovaro-salpingectomia ıle.	Fibromi multipli interstiziali e sottomucosi.	id.	—
:omia vaginale per ttamento con estirpa- degli annessi, previa one vagino-perineale.	Fibromi multipli interstiziali. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 1200.	id.	—
ıomia vaginale con ttamento (perforatori).	Fibromi multipli. Utero grosso come se gravido di 4 mesi.	id.	—
omia vaginale con ttamento (perforatori) previa incisione va- erineale.	Fibromiomi multipli interstiziali, sottomucosi. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 900.	id.	L'atto operativo fu molto laborioso a causa delle numerose aderenze della faccia anteriore e posteriore dell'utero colle anse del tenue.
ovaro-salpingectomia le.	Fibromioma interstiziale della parete anteriore.	id.	—
omia vaginale con ttamento (perforatori) previa incisione va- erineale. Ovaro-sal- tomia sinistra.	Fibromiomi multipli, il più cospicuo sottomucoso. Utero del volume di una gravidanza di 5 mesi.	id.	—
omia vaginale con ttamento (Péan) pre- ıcisione vagino-peri- Ovaro-salpingectomia ıale.	Fibroma sottomucoso. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 480.	Morta.	In 3.° giorno dall'atto operativo, dopo abbondanti scariche alvine in seguito a purgante compare collasso. Iniezioni eccitanti, iniezione endovenosa di 700 c. c. di soluzione fisiologica di cloruro di sodio. Miglioramento rapido. Dopo 2 ore il polso si fa nuovamente piccolo e frequente, compare dispnea. Le condizioni dell'inferma vanno sempre più aggravandosi. Muore in 4.° giorno dall'atto operativo. Non fu concessa l'autopsia.

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Osservazioni
22	16 Dicembre 1896 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Giustina G. di anni 48.	XIVpara. Da molto tempo accusa senso di pes l'ipogastrio e dolori sacro-lombari. Da qua mese ha menorragie.
23	6 Gennaio 1897 id.	id.	Rachele C. di anni 50.	Nullipara. Da molti anni ha menorragie, da al mesi sono comparse metrorragie. Fu operata volte di raschiamento senza alcun risultato.
24	28 Aprile 1897 id.	id.	Angela D. di anni 35.	VIpara. Da 4 anni soffre di dolori sacro-lom da alcuni mesi metrorragie e menorragie.
25	24 Maggio 1897 id.	id.	Teresa S. di anni 35.	IIIpara. Da 8 mesi si è accorta di una tumefaz all'ipogastrio la quale è andata sempre più scendo, comparvero dolori sacro-lombari e s di peso all'ipogastrio.
26	7 Giugno 1897 id.	id.	Giovanna S. di anni 24.	Nullipara. Da molti anni accusa dolori sacro-l bari e all'ipogastrio, dismenorrea uterina, le rea, da alcuni mesi ha metrorragie.
27	6 Giugno 1897 id.	Dott. Sapelli.	Luigia D. di anni 35.	Ipara. Da parecchi anni ha dolori sacro-lom menorragie e metrorragie.
28	6 Gennaio 1897 id.	Prof. Acconci.	Maria C. di anni 48.	VIpara. Da parecchi mesi ha menorragie e me ragie abbondanti.
29	17 Gennaio 1897 id.	id.	Maria A. di anni 53.	XVpara. Da alcuni mesi metrorragie quasi conti Profonda anemia.
30	30 Gennaio 1897 id.	id.	Maria C. di anni 42.	IVpara. Da un anno e mezzo menorragie e me ragie e dolori nella fossa iliaca sinistra.
31	5 Maggio 1897 id.	id.	Antonia V. di anni 38.	Nullipara. Da 2 anni dolori lombo-sacrali e fossa iliaca sinistra, leucorrea.
32	26 Aprile 1897 id.	id.	Maria G. di anni 44.	Ipara. Da 2 anni ha metrorragie e menorragie
33	18 Luglio 1894. Clientela privata.	id.	D. V. di anni 47.	IIIpara. Da vario tempo accusa dolori sacro-l bari; menorragie e metrorragie. Soffre inolt cardiopalmo. Ha fotofobia. Ha turbe nervose.
34	10 Giugno 1895 id.	id.	B. A. di anni 30.	Nullipara. Da molti anni accusa dolori all'ipogas dolori sacro-lombari, menorragie, turbe nerv
35	5 Gennaio 1896 id.	id.	Luigia M. di anni 35.	Ipara. Da vario tempo ha menorragie e metrorr dolori sacro-lombari, dolori nelle fosse iliache pagantisi agli arti inferiori.

PERAZIONE	DIAGNOSI ANATOMICA	ESITO	OSSERVAZIONI
tomia vaginale con ttamento (Doyen).	Fibroma sottosieroso peduncolato al margine sinistro dell'utero, forte congestione passiva dell'utero, aderenze multiple del tumore cogli organi vicini. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 1420.	Guarigione.	Mezz'ora dopo l'operazione compare collasso. Iniezioni eccitanti, iniezione endovenosa di 1500 gr. di soluzione fisiologica di cloruro di sodio. L'ammalata si riebbe completamente.
ovaro-salpingectomia ale, previa incisione o-perineale.	Fibromioma sottomucoso a largo peduncolo impiantato nella parete anteriore. Altro nodo fibromatoso interstiziale sulla parete anteriore. Degenerazione sclero-cistica delle ovaie con fatti di periovaro-salpingite antica.	id.	—
tomia vaginale con ttamento. Ovaro-salctomia bilaterale.	Fibromiomi multipli sottomucosi, sottosierosi ed interstiziali. Peso dell'utero vuoto di sangue gr. 990.	id.	—
tomia vaginale con ttamento. Estirpaziogli annessi d'ambo i	Fibromiomi multipli a sviluppo sottomucoso, interstiziale e sottosieroso. Idrosalpingite bilaterale; ematoma dell'ovaio destro, residui di perimetrite.	id.	—
tomia vaginale con azione degli annessi.	Fibromiomi multipli.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale. Trattamento iniale dei peduncoli.	Fibromioma interstiziale del margine sinistro dell'utero.	id.	—
tomia vaginale con ttamento. Ovaro-salctomia bilaterale.	Fibromiomi multipli di cui uno sottomucoso.	id.	—
tomia vaginale con ttamento.	Fibromioma cistico interstiziale.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale con spezzettamento incisione vagino-pe-e.	Fibromiomi multipli di cui uno voluminoso interstiziale della parete posteriore.	id.	—
—	Fibromiomi multipli di cui uno voluminoso sottosieroso. Peso dell'utero e tumore vuoto di sangue gr. 900.	id.	—
—	Fibromiomi multipli di cui uno sottomucoso.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale per spezzettamento).	Fibromiomi multipli interstiziali, sottosierosi e sottomucosi di cui uno polipoide.	id.	I fenomeni di stenocardia sono scomparsi gradatamente, le turbe nervose assai diminuite.
ovaro-salpingectomia ale.	Fibromiomi multipli, ovarosalpingite interstiziale bilaterale.	id.	Le turbe nervose migliorano dopo l'operazione.
tomia vaginale per ttamento con estirpa-degli annessi.	Fibromiomi multipli a sviluppo interstiziale e sottomucoso.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
36	6 Febbraio 1897 id.	Prof. Acconci	Rosa B. di anni 50.	Nullipara. Da 5 anni menorragie e metrorrag bondantissime, anemia profonda, edemi ag inferiori.
37	11 Febbraio 1897 id.	id.	Maria F. di anni 45.	IIpara. Ultimo parto 15 anni fa. Sofferse sem dismenorrea uterina e nel 1892 fu operata schiamento e amputazione del collo. Da 1 soffre di accessi isterici preceduti da dolori i rispondenza dell'utero.

C

Num. d'ordine	Data e luogo dell' operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
1	5 Gennaio 1892 Clinica di Padova.	Prof. Acconci.	Rosina B. di anni 37.	IXpara. Da 3 mesi dolori sacro-lombari e fre metrorragie.
2	7 Gennaio 1892 id.	id.	Virginia B. di anni 44.	Vpara. Da 2 anni scolo siero-sanguigno fetid trorragie frequenti, dimagramento progressi operata un anno fa di amputazone del collo
3	3 Marzo 1892 id.	id.	Rosa A. di anni 38.	XIVpara. Da 3 anni menorragie e frequenti m ragie, abbondante leucorrea, dolori sacro-lo e nella fossa iliaca sinistra.
4	2 Marzo 1892 id.	id.	Giovanna G. di anni 44.	Xpara. Da 3 mesi dolori trafittivi all'ipogastri sun disturbo mestruale, leucorrea, dischez magramento.
5	7 Aprile 1892 id.	id.	Angela C. di anni 54.	IIpara. Da 1 1/2 anno, dopo 2 anni di amen metrorragie, scolo fetido dai genitali, dim mento notevole.
6	11 Aprile 1894 id.	id.	Teresa M. di anni 44.	XVIIIpara. Da 6 mesi dolori lancinanti all' strio, metrorragie frequenti; da 3 mesi leuc
7	11 Maggio 1892 id.	id.	Giuseppa B. di anni 54.	VIIIpara. Da parecchi anni leucorrea fetent norragie e metrorragie. Fu operata un anno amputazione del collo.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
ctomia vaginale per zettamento previa inci- vagino-perineale.	Fibromiomi multipli di cui uno sottomucoso polipiforme.	Guarigione.	—
ctomia vaginale per zettamento con estirpa- degli annessi.	Fibromiomi multipli sacto-salpingite sierosa destra.	id.	Pochi giorni dopo l'operazione comparve un ematoma in corrispondenza del lato sinistro della ferita vaginale, il quale andò lentamente riassorbendosi. Nel labbro superiore a destra presentava una piccola papula la quale prima dell'operazione, nel periodo premestruale si faceva sempre più rossa per scomparire nel cominciare delle mestruazioni. Ora dopo l'operazione questa papula rimase molto arrossata per circa 2 mesi, poscia riprese il solito andamento come prima dell'operazione. In questi ultimi mesi però dopo un processo suppurativo questa papula scomparve quasi completamente. Gli accessi isterici assai forti e frequenti prima dell'operazione scomparvero completamente dopo questa.

n i.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito immediato	Esito remoto
tomia vaginale.	Cancro della portio con diffusione al corpo e ai legamenti larghi.	Buono.	Riproduzione dopo 2 mesi.
id.	Cancro del corpo con diffusione ai fornici vaginali.	id.	Riproduzione dopo 6 mesi.
ovaro-salpingectomia ale.	Adeno-carcinoma del corpo.	id.	Non si ebbero più notizie.
id.	Cancro della portio diffuso al corpo e al parametrio sinistro.	id.	Riproduzione doqo 7 mesi.
tomia vaginale.	Cancro della cervice diffuso ai fornici.	id.	Riproduzione dopo un anno.
id.	Adeno-carcinoma del corpo.	id.	Da comunicazione del dott. Levi, che rivide la donna nell'Ottobre 1896, rilevo persisteva allora la guarigione.
id.	Cancro del corpo con diffusione ai fornici.	id.	Riproduzione dopo un anno.

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
8	30 Giugno 1892 id.	Prof. Acconci.	Giuditta M. di anni 42.	IIIpara. Da parecchi anni menorragie e metro abbondanti, leucorrea profusa. Grave anemia.
9	25 Febbraio 1894. Clinica di Genova.	id.	Angela G. di anni 49.	Vpara. Da un anno menorragie e metrorragie siero-sanguigno di cattivo odore. Dimagram
10	5 Marzo 1894 id.	id.	Maria A. di anni 51.	XIIpara. Da 2 anni menorragie, scolo siero- da un anno e mezzo metrorragie.
11	13 Marzo 1894 id.	id.	Francesca M. di anni 52.	Vpara. Da un anno ha dolori trafittivi all' gastrio, menorragie e metrorragie. Fu opera anno fa di amputazione del collo.
12	22 Marzo 1894. id.	id.	Camilla S. di anni 34.	Da 2 anni ha menorragie e abbondante scolo l corroico fetido. Fu operata 2 anni fa di ra mento.
13	24 Maggio 1894 id.	id.	Elisa R. di anni 26.	IVpara. Dall' epoca dell' ultimo aborto, 18 m seguito da puerperio infezioso, ha dismenorr rina, leucorrea abbondante, menorragie, dol l' ipogastrio. Un anno fa fu operata di rachiar
14	4 Luglio 1894 id.	id.	Elisa P. di anni 34.	IIIpara. Da un anno abbondante leucorrea, sacro-lombari, menorragie e metrorragie, dim mento.
15	5 Gennaio 1895 id.	id.	Emilia Q. di anni 30.	Vpara. Da 8 mesi ha dolori trafittivi all'ipog scolo siero-sanguigno e menorragie.
16	8 Febbraio 1895 id.	id.	Maria M. di anni 41.	IIpara. Da tre mesi ha scolo siero-sanguin fetido.
17	21 Febbraio 1895 id.	id.	Maria P. di anni 48.	IIIpara. Da due anni scolo siero-fetido, metro e menorragie. Fu operata un anno fa di ra mento.
18	25 Aprile 1895 id.	id.	Maddalena G. di anni 44.	Nullipara. Da qualche tempo dolori trafittivi a gastrio, menorragie e metrorragie. Fu opera anni fa di raschiamento.
19	1 Maggio 1895 id.	id.	Caterina P. di anni 36.	IVpara. Da 5 mesi menorragie, da un mese e metrorragie e scolo siero-sanguigno fetido. I gramento.
20	5 Novembre 1895 id.	id.	Luigia B. di anni 57.	IIIpara. Da 6 anni metrorragie e scolo siero-sa gno fetido. Da alcuni mesi dolori trafittivi al gastrio.
21	16 Gennaio 1896 id.	id.	Caterina C. di anni 36.	Ipara. Da un anno scolo siero-sanguigno fe da 6 mesi metrorragie, dolori sacro-lombari l'ipogastrio. Dimagramento.
22	26 Gennaio 1896 id.	id.	Caterina M. di anni 30.	Nullipara. Da parecchio tempo dolori nella iliaca sinistra, menorragie e metrorragie.
23	16 Marzo 1896 id.	id.	Cesarina C. di anni 46.	VIIpara. Da qualche tempo dolori all'ipogas dolori sacro-lombari, metrorragie e scolo sanguigno fetente.
24	23 Marzo 1896 id.	id.	Maria R. di anni 53.	VIIIpara. Da tempo dolori trafittivi all'ipoga abbondante scolo siero-sanguigno di cattivo
25	15 Aprile 1896. id.	Dott. Sapelli.	Rosetta P. di anni 42.	IVpara. Da molti anni dolori sacro-lombari, d anni metrorragie e menorragie, scolo siero-sa nolento di cattivo odore.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito immediato	Esito remoto
o-ovaro-salpingectomia inale.	Adeno-carcinoma; ovaro-salpingite interstiziale bilaterale.	Buono.	Non si ebbero più notizie.
id.	Cancroide della portio.	id.	Da notizie avute si sa che persiste la guarigione (Febbraio 1898).
id.	Cancro della portio diffuso al corpo.	id.	Riveduta nel Gennaio 1898 si constata la persistenza della guarigione.
id.	Cancro della portio.	id.	Non si ebbero più notizie.
id.	Adeno-carcinoma del corpo.	id.	Persiste la guarigione nel Febbraio 1898.
id.	Deciduo-adenoma; ovaro-salpingite bilaterale.	id.	Non si ebbero più notizie.
ectomia vaginale.	Cancro del corpo diffuso al parametrio di sinistra.	id.	Non si ebbero più notizie.
ectomia vaginale. Colrafia anteriore e postee (Hegar).	Cancro della portio e della cervice.	id.	Riproduzione dopo 1 1/2 anno.
ectomia vaginale.	Cancro della portio.	id.	Non si ebbero più notizie.
id.	Carcinoma della portio diffuso al corpo.	id.	Riveduta nell'Aprile 1897 persiste la guarigione.
id.	Cancro del corpo.	id.	Non si ebbero più notizie.
o-ovaro-salpingectomia inale.	Cancro della portio.	id.	Non si ebbero più notizie.
ectomia vaginale.	Cancro del corpo.	id.	Persiste la guarigione nel Gennaio 1898.
ectomia vaginale con reone di un largo lembo a parete vaginale.	Cancro ulcerato della portio diffuso ai fornici e al parametrio sinistro.	id.	Riproduzione dopo 4 mesi.
o-ovaro-salpingectomia inale.	Carcinoma della portio e del corpo. Sacto-salpingite bilaterale purulenta.	id.	Riveduta nel Maggio 1896 si constata recidiva.
ectomia vaginale con rpazione degli annessi inistra.	Cancro della cervice.	id.	Non si ebbero più notizie.
o-ovaro-salpingectomia inale.	Cancro ulcerato della portio.	id.	Non si ebbero più notizie.
id.	Cancro della portio.	id.	Non si ebbero più notizie.

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Diagnosi e sintomi subbiettivi
26	13 Giugno 1896 id.	Prof. Acconci.	Desiderata B. di anni 45.	Nullipara. Da 6 anni mestruazioni irregolari periodo di ritorno, da un mese scolo siero-sang gno di cattivo odore, e dolori trafittivi all'ipo gastrio.
27	26 Giugno 1896 id.	id.	Rosa K. di anni 50.	Nullipara. Da 7 mesi dolori lancinanti all'ipo strio e dolori sacro-lombari, da 2 mesi scolo sie sanguigno fetido.
28	25 Giugno 1896 id.	id.	Italia S. di anni 34.	Nullipara. Da un anno dismenorrea uterina, dol sacro-lombari, leucorrea; da più tempo accusa lori nelle fosse iliache.
29	8 Dicembre 1896 id.	id.	Maria A. di anni 44.	IXpara. Da un anno leucorrea, metrorragie, dol sacro-lombari. Dimagramento notevole. Fu oper di raschiamento 6 mesi fa.
30	27 Gennaio 1897 id.	id.	Maria P. di anni 38.	Ipara. Da alcuni mesi metrorragie, dolori sac lombari, scolo siero-sanguigno fetido, dimag mento. 15 giorni prima dell'operazione fu pratic il raschiamento e cauterizzazione delle masse c cinomatose.
31	15 Gennaio 1897 id.	id.	Cristina B. di anni 45.	VIIIpara. Da vari mesi dolori sacro-lombari, metr ragie e scolo siero-sanguigno fetido dai genital
32	31 Gennaio 1897 id.	id.	Silvia M. di anni 40.	IIpara. Da parecchi mesi ha metrorragie, dolori l'ipogastrio e dolori sacro-lombari, scolo siero-s guigno fetido dai genitali.
33	12 Marzo 1897 id.	id.	Filippina A. di anni 55.	IIpara. Da 5 mesi accusa dolori all'ipogastrio, sc siero-sanguigno dai genitali.
34	24 Aprile 1897 id.	id.	Caterina P. di anni 30.	IVpara. Da 2 mesi dolori trafittivi all'ipogastr leucorrea, metrorragie.
35	18 Maggio 1897 id.	id.	Maria B. di anni 39.	Nullipara. Da parecchi anni ha dolori sacro-lo bari, dolori nelle fosse iliache, da poco tempo scolo siero-sanguigno di cattivo odore.
36	30 Giugno 1897 id.	D.r Dall'Orso.	Giuseppina B. di anni 58.	IVpara. Da 4 mesi ha leucorrea, metrorragie, se di peso all'ipogastrio e senso di beanza dei ge tali, ha prolasso dell'utero di 3.º grado.
37	3 Luglio 1897 id.	Prof. Acconci.	Maria C. di anni 42.	Ipara. Da parecchio tempo ha menorragie e m trorragie, dolori all'ipogastrio e scolo fetente. P fondissimo stato di anemia. Fu operata di rasch mento un anno fa.
38	18 Settembre 1895 Clientela privata.	id.	Vittoria B. di anni 55.	Ipara. Da qualche tempo accusa metrorragie e sc siero-sanguigno di cattivo odore.
39	5 Marzo 1896 id.	id.	Anna P. di anni 50.	Ipara. Ha metrorragie abbondanti e abbonda scolo leucorroico fetido.
40	24 Settembre 1896 id.	id.	Giuseppina C. di anni . . .	VIIpara. Da 5 mesi cominciarono dolori sacro-lo bari, dolori trafittivi all'ipogastrio, comparve in tre leucorrea abbondante. Da 3 mesi ha scolo sie sanguigno di cattivo odore.
41	21 Gennaio 1897 id.	id.	Maria B. di anni 62.	Xpara. Ultimo parto 24 anni fa. Ha metrorragi scolo siero-sanguinolento di cattivo odore.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito immediato	Esito remoto
o-ovaro-salpingectomia inale.	Cancro del corpo.	Buono.	Non si ebbero più notizie.
id.	Cancro della portio diffuso al canal cervicale.	id.	Riproduzione dopo un anno.
id.	Cancroide della portio, utero bicorne, perimetrite, ascesso tubo-ovarico a sinistra.	id.	Riveduta nell'Ottobre 1897, persiste la guarigone.
id.	Cancro della portio diffuso al corpo ed alla vagina.	id.	Riproduzione dopo 4 mesi.
ectomia vaginale.	Cancroide della portio propagato alla cervice e ai parametri, alla tuba.	id.	Riproduzione dopo 2 mesi.
id.	Cancro della portio con infiltrazione delle pareti vaginali e dei parametri.	id.	Riveduta nel Gennaio 1898, persiste la guarigione.
o-ovaro-salpingectomia inale.	Cancro della portio diffuso al corpo e ai parametri.	id.	Riproduzione dopo 3 mesi.
id.	Carcinoma della portio, piccolo fibroma nella parete posteriore.	id.	Persiste la guarigione nel Gennaio 1898.
id.	Cancroide della portio.	id.	id.
id.	Carcinoma della portio.	id.	id.
o-ovaro-salpingectomia inale. Colporrafia ante- e e posteriore (Hegar).	Cancro della portio.	id.	id.
ectomia vaginale.	Carcinoma della cervice.	id.	Riproduzione dopo 3 mesi.
id.	Cancro della portio diffuso al fornice sinistro.	id.	Riveduta nel Gennaio 1898, si constatò la permanenza della guarigione.
id.	Cancro della portio diffuso al fornice vaginale sinistro.	id.	Riveduta il 24 Gennaio 1898, si constatò riproduzione in corrispondenza del parametrio di destra.
id.	Cancro della portio.	id.	Riveduta nel Marzo 1898 si constatò la permanenza della guarigione.
id.	Cancro della portio.	id.	Riveduta nell'Agosto 1897, si constatò recidiva.

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Diagnosi e sintomi subbiettivi
42	19 Maggio 1897 Clientela privata.	Prof. Acconci.	Irene D. di anni 45.	VIpara. Ultimo parto 9 anni fa. Da 2 anni ir larità mestruali, da 2 mesi metrorragie.
43	7 Gennaio 1896 id.	id.	Giovanna P.	Nullipara. Da vario tempo ha menorragie, sacro-lombari, senso di peso all'ipogastric turbe nervose.
44	15 Luglio 1895 id.	id.	Giuseppina P. di anni 40.	Nullipara. Da qualche tempo ha dolori sacro bari e senso di peso all'ipogastrio. Ha menor e leucorrea.

Lesioni infiam

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
1	3 Gennaio 1892 Clinica di Padova.	Prof. Acconci.	Maria B. di anni 32.	IIIpara. Ultimo parto 6 anni fa. Infezione c pregressa. Dall'ultimo parto disturbi utero-ov Operata di ovaro-salpingectomia bilaterale ne (Gennaio). Persistenza di disturbi, dismenorre rina accentuata.
2	9 Gennaio 1892 id.	id.	Maria T. di anni 40.	Nullipara. Da molti anni menorragie, dolori s lombari, e nella fossa iliaca sinistra. Operat 1891 di ovaro-salpingectomia sinistra, subì i guito quattro volte il raschiamento. Persistenz disturbi.
3	21 Marzo 1892 id.	id.	Maria Z. di anni 34.	Ipara. Il parto data da 14 anni. In seguito a perio infezioso comparvero dolori sacro-lom dismenorrea ovarica ed uterina.
4	2 Aprile 1892 id.	id.	Maddalena S. di anni 28.	IIpara. Ultimo parto 10 anni fa. Da 4 anni di norrea ovarica ed uterina, menorragie, sens peso all'ipogastrio e dolori sacro-lombari, leuco
5	1 Maggio 1892 id.	id.	Giuseppina P. di anni 22.	IIpara. Ultimo parto abortivo un anno fa. In guito a puerperio infezioso comparve dismen ovarica ed uterina, dolori sacro-lombari e fosse iliache, leucorrea.
6	7 Maggio 1892 id.	id.	Regina Z. di anni 32.	Nullipara. Da 13 anni dolori all'ipogastrio e fossa iliaca destra. Operata di ovaro-salping mia bilaterale nel 1891 dopo 5 mesi di relativo nessere ricomparvero i disturbi.
7	2 Giugno 1892 id.	Dott. Vicarelli.	Beatrice V. di anni 42.	VIpara. Ultimo parto 9 anni fa. Da molto te dolori nelle fosse iliache irradiantisi agli art feriori, dolori sacro-lombari.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito immediato	Esito remoto
tomia vaginale.	Cancro ulcerato della portio con scomparsa della porzione vaginale. Infiltrazione del 4.° superiore della vagina specie a sinistra e in avanti.	Buono.	Non riproduzione.
-ovaro-salpingectomia ale.	Adeno-carcinoma del corpo.	id.	Persiste la guarigione.
id.	Adeno-carcinoma del corpo.	id.	Marzo 1898, persiste la guarigione.

e degli annessi.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
tomia vaginale.	Metrite cronica, perimetrite.	Guarigione.	
tomia vaginale con azione degli annessi stra.	Metrite cronica, sacto-salpingite purulenta destra, perimetrite.	id.	—
-ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, sacto-salpingite purulenta ed ovarite purulenta bilaterale, perimetrite.	id.	—
id.	Utero ipertrofico, tube raggrinzate, saldate alle ovaia; ovaie ipertrofiche rivestite da tessuto infiammatorio.	id.	—
id.	Metrite cronica, salpingit interstiziale, degenerazion microcistica delle ovaie, perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
tomia vaginale.	Metrite cronica. Porzione della tuba sinistra con pareti molto spesse, al cui estremo si trovano lacci di seta circondati da denso strato di tessuti organizzati.	id.	—
-ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale bilaterale, Perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
8	23 Giugno 1892 Clinica di Padova.	Prof. Acconci.	Clementina S. di anni 25.	Ipara. Dal parto, 6 anni fa, accusa dismeno ovarica ed uterina, leucorrea, dolori vivi nelle f iliache.
9	22 Giugno 1892 id.	id.	Regina B. di anni 23.	Ipara. Dall'epoca del parto, 2 anni fa, dolori sa lombari e nelle fosse iliache, menorragie e trorragie.
10	28 Giugno 1892 id.	Dott. S. Levi.	Teresa F. di anni 27.	IVpara. Dopo l'ultimo puerperio, che fu infezi dolori sacro-lombari, nelle fosse iliache, all' gastrio, dispareunia.
11	29 Giugno 1892 id.	Prof. Acconci.	Antonia C. di anni 31.	Una gravidanza abortiva da 11 anni, da quell'ep dismenorrea ovarica ed uterina. Operata di ova salpingectomia bilaterale, ebbe benessere tra torio.
12	1 Luglio 1892 id.	id.	Pasqua F. di anni 38.	IIpara. Ultimo parto 5 anni fa; da più di un a dolori nelle fosse iliache, dismenorrea ovarica, spareunia, dischezia.
13	13 Luglio 1892 id.	id.	Regina D. di anni 31.	IIIpara. Ultimo parto 5 anni fa. Da 3 anni men ragie, dismenorrea ovarica, dolori nella fossa ili sinistra. Fu operata varie volte di raschiament
14	6 Settembre 1892 id.	id.	Teresa S. di anni 30.	VIpara. Ultimo parto abortivo da un anno, d questo, seguito da puerperio infezioso, ha dol sacro-lombari, nelle fosse iliache, dismenorrea u rina ed ovarica, dispareunia.
15	9 Settembre 1892 id.	id.	Giovanna P. di anni 25.	Nullipara. Da molti anni soffre di dolori sac lombari e alle fosse iliache, dismenorrea uter ed ovarica, leucorrea. Fu operata di raschiame senza risultato alcuno.
16	11 Settembre 1892 id.	Dott. Vicarelli.	Matilde C. di anni 30.	IIIpara. L'ultimo parto fu abortivo e seguito puerperio infezioso, da allora accusa dolori n fosse iliache, dismenorrea ovarica, metrorra leucorrea, dispareunia.
17	13 Settembre 1892 id.	Prof. Acconci.	Anna V. di anni 46.	IIpara. Ultimo parto 26 anni fa. Ha metrorra menorragie, dolori sacro-lombari. Operata nel cembre 1890 di ovaro-salpingectomia bilaterale isteropexi, non ritrasse alcun vantaggio dall'o razione. Da 4 mesi ha un'ernia da sventrament
18	14 Settembre 1892 id.	id.	Carolina S. di anni 25.	Ipara. Ultimo parto 2 anni fa circa, seguito da pu perio infezioso. Da allora dolori nelle fosse iliac irradiantisi agli arti inferiori, dismenorrea ovari leucorrea. Tentò per lungo tempo una cura ris vente.
19	15 Settembre 1892 id.	id.	Antonia R. di anni 26.	Ipara. Dall'epoca del parto, 4 anni fa, seguito puerperio infezioso, accusa dolori nella fossa ili sinistra, dismenorrea ovarica, dispareunia. È i possibilitata a qualsiasi fatica. Tentò cure ris venti.
20	19 Settembre 1892 id.	id.	Maria C. di anni 31.	Nullipara. Da otto anni soffre di dismenorrea u rina, leucorrea abbondante, dolori sacro lomba dispareunia, dischezia.

OPERAZIONE	DIAGNOSI ANATOMICA	ESITO	OSSERVAZION
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	Guarigione.	—
id.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale bilaterale, perimetrite.	id.	—
id.	Metrite cronica, ovaie sclerosate, tube tortuose inspessite, ipertrofiche, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
tomia vaginale.	Metrite cronica, perimetrite. Residui di tube ed ovaia stretti da lacci di seta.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, tube grosse come il mignolo, sclerosate, ovaie ingrossate e sclerosate, perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, sacto-salpingite purulenta bilaterale, perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, ovarite e salpingite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, salpingite interstiziale, degenerazione microcistica delle ovaie, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
tomia vaginale incom- ; sutura delle pareti minali dopo escisione ssuto di cicatrice.	Metrite cronica, nodo fibromatoso interstiziale nel margine sinistro dell'utero. Perimetrite.	id.	Causa le numerose aderenze del fondo dell'utero con l'epiploon e colle anse del tenue non essendo possibile l'estirpazione completa, il fondo venne fissato alla ferita vaginale.
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa a destra; emato-salpingite a sinistra.	id.	—
id.	Metrite cronica, ovarite e salpingite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, ipertrofia della porzione sopravaginale del collo, salpingite interstiziale, degenerazione microcistica delle ovaie, peri-ovaro-salpingite.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell' operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
21	21 Settembre 1892 Clinica di Padova.	Dott. S. Levi.	Rosa R. di anni 35.	Vpara. L'ultimo parto fu abortivo. Accusa disn norrea ovarica ed uterina, dolori sacro-lombari alle fosse iliache, leucorrea abbondante. Opera di raschiamento ed escisione del collo non ne eb alcun vantaggio.
22	26 Settembre 1892 id.	Prof. Acconci.	Giuditta T. di anni 30.	IVpara. Ultimo parto da 4 anni e 1|2, gonorrea pr gressa. Accusa dismenorrea ovarica ed uterin menorragie e metrorragie, leucorrea abbondan Fu operata di raschiamento ed escisione del col non ne ritrasse miglioramento.
23	28 Ottobre 1892 id.	id.	Luisa B. di anni 45.	IXpara. Ultimo parto 4 anni fa, gonorrea pregres Da molto tempo soffre di dolori nelle fosse iliac specie a destra, dolori sacro-lombari, mestruazio irregolari. Senso di beanza dei genitali.
24	26 Ottobre 1892 id.	id.	Celestina O. di anni 27.	Vpara. Gonorrea pregressa. Accusa dolori sacr lombari e nelle fosse iliache, leucorrea.
25	29 Ottobre 1892 id.	id.	Teresa C. di anni 38.	VIIpara. Ultimo parto abortivo 5 anni fa, seguito puerperio infezioso. Da allora dolori sacro-lomba nelle fosse iliache e all'ipogastrio; dismenorr ovarica ed uterina. Fu operata di raschiamento escisione del collo senza vantaggio.
26	26 Novembre 1892 id.	id.	Amalia M. di anni 36.	VIpara. Ultimo parto da 2 anni, puerperio infezio Soffre di dolori nelle fosse iliache e dolori sacr lombari, dismenorrea ovarica, dispareunia. Tur nervose.
27	9 Dicembre 1892 id.	id.	Costantina M. di anni 33.	IIIpara. Ultimo parto da 2 anni, seguito da puerp rio infezioso. Soffre di dolori sacro-lombari, nel fosse iliache, leucorrea, dispareunia.
28	30 Novembre 1892 id.	id.	Stella M. di anni 23.	Nullipara. Da 4 anni ha dismenorrea uterina, m struazioni irregolari, dolori nella fossa iliaca si stra, leucorrea.
29	8 Dicembre 1892 id.	id.	Erminia G. di anni 29.	Vpara. In seguito all'ultimo parto, un anno fa, s guito da puerperio infezioso, accusa dolori sacr lombari e alla fossa iliaca destra, dismenorr ovarica, leucorrea. Incapace a qualsiasi lavoro.
30	2 Gennaio 1893 id.	id.	Maria S. di anni 26.	Ipara. Blenorragia pregressa, mestruazioni irreg lari, leucorrea abbondante, dolori nelle fosse ili che, dischezia.
31	7 Gennaio 1893 id.	id.	Maria C. di anni 41.	Nullipara. Pelviperitonite pregressa, dolori sacr lombari e nelle fosse iliache, mestruazioni scars dismenorrea ovarica.
32	9 Gennaio 1893 id.	id.	Elisa B. di anni 30.	IIIpara. Ultimo parto 3 anni fa Accusa dismen rea ovarica ed uterina, dolori sacro-lombari e nel fosse iliache, senso di prolabenza dei genitali.
33	29 Aprile 1894 Clinica di Genova.	id.	Eugenia M. di anni 25.	IIpara. Ultimo parto abortivo 5 anni fa. Ha men ragie, dismenorrea ovarica ed uterina, dolori s cro-lombari, disturbi gastrici.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
-ovaro-salpingectomia nale.	Metrite cronica, ovaie fortemente sclerosate, salpingite interstiziale, perimetrite.	Guarigione.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta ed ovarite purulenta bilaterale.	id.	—
-ovaro-salpingectomia nale. Colporrafia ante-.	Metrite cronica, perimetrite, ovarite e salpingite interstiziale.	id.	—
-ovaro-salpingectomia nale.	Metrite iperplastica, perimetrite; degenerazione microcistica delle ovaie, salpingite interstiziale.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, degenerazione microcistica delle ovaie, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, annessi sclerosati con degenerazione microcistica.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, ipertrofia della porzione sopravaginale, annessi sclerosati con degenerazione microcistica.	id.	
id.	Metrite cronica, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	id.	Poco tempo dopo l'operazione si formò un ematoma nell'incisione del quale si ferì accidentalmente la vescica; la ferita vescicale però guarì rapidamente e spontaneamente.
id.	Metrite cronica, ipertrofia della porzione sapravaginale del collo, ovaie sclerosate, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
-ovaro-salpingectomia nale. Colpoperineor-	Metrite cronica, perimetrite, ovaie in degenerazione microcistica, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	id.	—
-ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica; perimetrite; sacto-salpingite purulenta bilaterale.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
34	6 Giugno 1894 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Assunta C. di anni 22.	Nullipara. Soffre di dolori all'ipogastrio, dolori s lombari, dismenorrea uterina. Operata di o salpingectomia destra ne ebbe vantaggio pa gero. Da alcuni mesi ha ernia da sventrame
35	9 Giugno 1894 id.	id.	Annetta C. di anni 30.	IIpara. Ultimo parto da 12 anni. Soffre di d sacro-lombari, all'ipogastrio, nelle fosse ili dismenorrea utero-ovarica.
36	16 Giugno 1894 id.	id.	Carmela R. di anni 35.	IIpara. Ultimo parto 2 anni fa, seguito da pu rio infezioso. Soffre di dismenorrea uterina, d nelle fosse iliache, epigastralgie.
37	18 Giugno 1894 id.	id.	Costanza S. di anni 32.	Nullipara. Da 10 anni soffre di dolori all'ipoga menorragie, dolori alle fosse iliache propag agli arti inferiori. Operata di raschiamento ed sione del collo e sottoposta lungamente a cu solventi, non ne trasse alcun vantaggio. Ha sturbi gastro-intestinali.
38	19 Giugno 1894 id.	id.	Giuditta B. di anni 40.	Nullipara. Da sei anni menorragie, dolori s lombari e dolori nelle fosse iliache, incapaci lavoro. Cure risolventi senza risultato.
39	20 Giugno 1894 id.	id.	Regina M. di anni 40.	IIIpara. Ultimo parto 4 anni fa, seguito da puer infezioso. Soffre da allora di dolori all'ipoga nelle fosse iliache, menorragie, leucurrea al dante. Fu operata due volte di raschiamento e ticò cure risolventi senza risultato.
40	24 Giugno 1894 id.	id.	Rosa G. di anni 39.	Ipara. Da 8 anni, epoca del parto, accusa dolo l'ipogastrio, alle fosse iliache, leucorrea. Grav sturbi isterici.
41	17 Luglio 1894 id.	id.	Maria S. di anni 32.	Nullipara. Da 3 anni dismenorrea ovarica ed rina, dolori nelle fosse iliache, senso di pes l'ipogastrio, leucorrea.
42	19 Luglio 1894 id.	id.	Marianna V. di anni 35.	IIpara. Ultimo parto abortivo 9 anni fa; da a dolori sacro-lombari, nelle fosse iliache, dism rea uterina, menorragie. Operata di raschiam ed escisione del collo, non ne ritrasse giovam
43	18 Novembre 1894 id.	id.	Carolina M. di anni 36.	Ipara. Dall'epoca del parto, 3 anni, accusa d nelle fosse iliache, senso di peso all'ipoga leucorrea abbondante.
44	20 Novembre 1894 id.	id.	Maria B. di anni 31	IVpara. Ultimo parto abortivo un anno fa, da a menorragie, metrorragie, dolori sacro-lomb nelle fosse iliache. Subì un raschiamento senz trarne alcun giovamento.
45	21 Novembre 1894 id.	id.	Ernesta F. di anni 26.	IIpara. Ultimo parto 2 anni fa. Da molto tempo fre dolori nelle fosse iliache, leucorrea. Period brili con accentuazione dei disturbi. Cure risol insufficienti.
46	25 Novembre 1894 id.	id.	Enrichetta O. di anni 38.	IVpara. Ultimo parto 2 anni fa. Ha menorra metrorragie, dolori nelle fosse iliache e sens peso all'ipogastrio. Ha turbe isteriche.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
ectomia vaginale con rtazione degli annessi sinistra. Laparotomia, ra delle pareti addom.	Metrite cronica, perimetrite, salpingite interstiziale.	Guarigione.	L'operazione riuscì molto laboriosa causa tenaci e fitte aderenze del fondo dell'utero coll'epiploon e colle anse del tenue.
o-ovaro-salpingectomia nale.	Metrite cronica, emato-salpingite bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	Emorragia 3 ore dopo l'operazione per scivolamento del laccio posto sull'arteria utero-ovarica sinistra. Laparotomia, allacciatura dell'arteria. Iniezioni endovenose di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.
id.	Metrite cronica, perimetrite, annessi in degenerazione sclerocistica.	id.	Nel distaccare le connessioni vescico-uterine si taglia la vescica, sutura, adesione completa.
id.	Metrite cronica, perimetrite, ovaie in degenerazione sclerocistica, salpingite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	I disturbi gastro-intestinali persistettero ancora per parecchi mesi dopo l'operazione. Attualmente però sono scomparsi del tutto.
id.	Metrite cronica, ipertrofia della porzione sopravaginale. Salpingite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
-ovaro-salpingectomia nale per spezzettamento n).	Metrite cronica, perimetrite, pio-salpingo-ovarite bilaterale. Peri-ovaro-salpingite.	id.	I disturbi del climaterio verificati dopo l'operazione migliorarono in seguito a cura con sostanza ovarica.
-ovaro-salpingectomia nale.	Metrite cronica, perimetrite, ovarite, salpingite interstiziale.	id.	Dopo l'operazione si ebbe guarigione della nevrosi isterica, guarigione constatata anche dal prof. Morselli che aveva precedentemente curato la donna.
id.	Metrite cronica, perimetrite, ovarite e salpingite interstiziale.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, ovarite interstiziale.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purul. bilat. peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, ovarite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	id.	—
id.	Metrite iperplasica, nodo fibromatoso interstiziale della parete anteriore, ovaro-salpingite bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	Le turbe isteriche si mantennero immutate dopo l'operazione.

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
47	4 Gennaio 1895 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Clementina S. di anni 21.	IIpara. Ultimo parto abortivo un anno fa, se da puerperio infezioso. Da allora metrorragi lori all'ipogastrio, mestruazioni irregolari, p febbrili.
48	6 Febbraio 1895 id.	id.	Teresa V. di anni 30.	IVpara. Ultimo parto un anno fa, seguito da perio infezioso. Da quell'epoca accusa dismen ovarica ed uterina, menorragie, leucorrea. Fu rala di raschiamento ed escisione del collo ritrarne vantaggio.
49	10 Febbraio 1895 id.	id.	Zaira M. di anni 35.	IIpara. Ultimo parto 4 anni fa, da quell'epoc cusa dolori all'ipogastrio e nelle fosse iliach smenorrea uterina, metrorragie, leucorrea.
50	2 Marzo 1895 id.	id.	Luigia B. di anni 46.	IXpara. Ultimo parto 10 anni fa. Accusa dolori fosse iliache, all'ipogastrio, menorragie. Op di raschiamento dell'endometrio un anno fa.
51	8 Marzo 1895 id.	Dott. Sapelli.	Angela G. di anni 22.	Ipara. Parto abortivo 3 anni fa. Soffre di d norrea ovarica ed uterina, dolori sacro-lomb all'ipogastrio, leucorrea. Fu operata di ras mento ed escisione del collo senza risultato.
52	4 Marzo 1895 id.	Prof. Acconci.	Maria O. di anni 37.	IIIpara. Ultimo parto abortivo 10 anni fa. Da a soffre di dolori all'ipogastrio, dismenorrea ov ed uterina, dischezia.
53	6 Marzo 1895 id.	id.	Caterina M. di anni 32.	IIIpara. Ultimo parto 13 anni fa. Soffre di d sacro-lombari e nelle fosse iliache, leucorrea schezia.
54	8 Marzo 1895 id.	id.	Maria D. di anni 29.	Nullipara. Accusa da molti anni dolori sacro- bari, nelle fosse iliache specie a sinistra, leuco
55	27 Marzo 1895 id.	id.	Maria S. di anni 26.	IIpara. Ultimo parto 3 anni fa. Accusa dolori s lombari e nelle fosse iliache, leucorrea, dism rea uterina.
56	31 Marzo 1895 id.	id.	Luigia O. di anni 29.	Vpara. Ultimo parto abortivo 5 anni fa; gond pregressa. Soffre di dolori sacro-lombari, all' gastrio, nelle fosse iliache, menorragie e me ragie.
57	29 Marzo 1895 id.	id.	Maria B. di anni 42.	IXpara. Ultimo parto 5 anni fa. Da parecchi ha menorragie e metrorragie, dolori all'ipogas Turbe nervose. Fu operata di raschiamento s averne giovamento.
58	2 Aprile 1896 id.	id.	Angela L. di anni 28.	Ipara. Ultimo parto 11 anni fa. Da molti anni cusa dolori nelle fosse iliache specie a sinistra smenorrea uterina ed ovarica. Fu operata di schiamento.
59	18 Aprile 1895 id.	id.	Clelia L. di anni 40.	Nullipara. Da 2 anni soffre di dolori all'ipogas e nelle fosse iliache, dismenorrea ovarica, mest zioni irregolari. Turbe nervose.

OPERAZIONE	DIAGNOSI ANATOMICA	ESITO	OSSERVAZIONI
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite ed ovarite purulenta bilaterale.	Guarigione.	Decorso post-operatorio complicato da vomito ostinatissimo e da fenomeni di collasso, scomparsi spontaneamente in quinto giorno.
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, sclerosi delle ovaie, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, salpingo-ovarite interstiziale cronica.	id.	—
id.	Metrite cronica. Piccolo nodo fibromatoso interstiz. della parete anteriore. Salpingite nodosa. Ovarite intertiziale bilaterale.	id.	—
id.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale cronica bilaterale. Peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, sacto-salpingite sierosa bilaterale, ovarite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Ematocele retrouterino. Sacto-salpingite emorragica bilaterale, ovarite interstiz.	id.	—
id.	Metrite cronica, ematocele pelvico, sacto-salpingite emorragica bilaterale, cisti peri-ovarica e cisti ovarica a sinistra.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, voluminosa sacto-salpingite purulenta bilaterale, ascesso tubo-ovarico a destra.	id.	—
omia vaginale con azione degli annessi tra.	Metrite cronica, sacto-salpingite sierosa destra, perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	id.	Gli annessi di sinistra, causa le numerose aderenze, non si poterono asportare. Sul peduncolo di destra si lasciano 6 klemmer tolti dopo 48 ore.
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, piccolo nodo fibromatoso sottosieroso. Sacto-salpingite sierosa ed ovarite interstiziale bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, ovaro-salpingite interstiziale cronica bilaterale.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
60	19 Aprile 1895 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Albina B. di anni 24.	IIIpara. Ultimo parto 8 anni fa. Da molti ann cusa menorragie, dismenorrea ovarica ed ute Ebbe una raccolta purulenta nel bacino alla fu dato esito per mezzo di un'incisione vag Miglioramento passeggero.
61	25 Aprile 1895 id.	id.	Maria P. di anni 28.	IVpara. Ultimo parto 7 anni fa. Da vari an menorragie, dismenorrea uterina, dolori s lombari, dispareunia.
62	4 Giugno 1895 id.	id.	Maria F. di anni 32.	Ipara. Epoca del parto 8 anni fa. Accusa d nelle fosse iliache, dismenorrea ovarica, men gie, dispareunia.
63	9 Giugno 1895 id.	Dott. Sapelli.	Palmira M. di anni 34.	IVpara. Ultimo parto, abortivo, 8 anni fa, se da puerperio infezioso, da allora soffre dolor cro-lombari, nelle fosse iliache, leucorrea.
64	10 Giugno 1895 id.	Prof. Acconci.	Eugenia R. di anni 27.	IIpara. Ultimo parto, abortivo, 5 anni fa, se da puerperio infezioso, da quell'epoca dolori s lombari, nelle fosse iliache, dismenorrea ut ed ovarica, dispareunia.
65	11 Giugno 1895 id.	id.	Anna H. di anni 32.	Nullipara. Da due anni accusa dolori sacro-lom nelle fosse iliache specie a sinistra.
66	22 Giugno 1895 id.	id.	Innocente P. di anni 42.	IIIpara. Ultimo parto 10 anni fa. Soffre di d alle fosse iliache specie a sinistra, dismen uterina, leucorrea. Operata di raschiamento ne ottenne vantaggio.
67	24 Giugno 1895 id.	id.	Graziosa R. di anni 38.	IIIpara. Ultimo parto, abortivo, 3 anni fa. Da a anni si lamenta di senso di peso all'ipoga dolori nelle fosse iliache, leucorrea abbonda
68	23 Giugno 1895 id.	id.	Anna S. di anni 40.	IIpara. Ultimo parto 6 anni fa. Soffre di dolori s lombari, e nelle fosse iliache. Sofferse 9 mesi pelvi-peritonite.
69	14 Luglio 1895 id.	id.	Virginia G. di anni 30.	Ipara. Il parto data da 9 anni. Da alcuni an dismenorrea uterina, dolori sacro-lombari e fosse iliache.
70	16 Luglio 1895 id.	id.	Elettra A. di anni 28.	IVpara. Ultimo parto seguito da puerperio infe 2 anni fa. Da allora ha dolori sacro-lombari, fosse iliache specie a destra, con periodi di tizzazione e febbre, menorragie.
71	21 Luglio 1895 id.	id.	Carolina M. di anni 31.	Nullipara. Da molto tempo soffre dolori sacro bari, nelle fosse iliache, periodi febbrili, disc
72	8 Novembrr 1895 id.	id.	Carolina S. di anni 34.	VIIIpara. Da 4 anni accusa dolori sacro-lom nelle fosse iliache, senso di beanza dei ge Fu operata di raschiamento, colporrafia ant e posteriore.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
-ovaro-salpingectomia iale. Trattamento inziale dei peduncoli.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	Guarigione.	Decorso post-operativo complicato da emorragie ricorrenti.
-ovaro-salpingectomia iale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale. Degenerazione sclerocistica delle ovaie.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa ed ovarite interstiziale bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale, ovaie sclerotiche.	id.	—
ovaro-salpingectomia nale. Colpoperineor-	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale, sclerosi delle ovaie, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale.	id.	Sul peduncolo di destra si lasciano 3 klemmer, tolti dopo 36 ore.
id.	Metrite cronica, salpingite interstiziale bilaterale, ovaie sclerotiche, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite emorragica, peri-ovarite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale, cistoma ovarico sinistro.	id.	Asportato l'utero cogli annessi di destra, con manovre combinate vagino-addominali viene portata nel campo operativo la ciste, che viene svuotata. Staccate le aderenze della parete della ciste colle anse intestinali, viene asportata completamente insieme colla tuba omonima.
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	Si lasciano sui peduncoli 3 klemmer, tolti dopo 36 ore.
id.	Metrite cronica, perimetrite, voluminosa sacto-salpingite purulenta bilaterale, ovarite purulenta destra, degenerazione sclero-cistica dell'ovaia sinistra. Peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	Si lasciano sui peduncoli 6 klemmer, tolti dopo 36 ore.
id.	Metrite cronica, salpingo-ovarite interstiziale destra, sacto-salpingite sierosa sinistra, peri-ovaro-salpingite.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
73	18 Novembre 1895 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Rosa P. di anni 36.	IIIpara. Ultimo parto 11 anni fa. Da tempo dolori sacro-lombari e nelle fosse iliache, irr tisi agli arti inferiori. Fu operata di laparo per cisti ovarica sinistra 2 anni fa.
74	20 Novembre 1895 id.	id.	Filotea F. di anni 31.	IVpara. Ultimo parto da un anno. Soffre dol cro-lombari e nelle fosse iliache specie a d Ha menorragie.
75	12 Gennaio 1896 id.	id.	Maria S. di anni 24.	Nullipara. Da parecchio tempo accusa dolori a gastrio e nelle fosse iliache. Due mesi fa ebbe di pus dai genitali. Fu praticata la dilataz spaccatura del tragitto fistoloso che faceva c nicare la salpinge destra colla vagina. Ris incompleto.
76	13 Febbraio 1896 id.	id.	Amalia M. di anni 28.	Nullipara. Operata un anno fa di raschiamen cusa da quell'epoca dolori sacro-lombari e fosse iliache, dismenorrea uterina. Turbe ne
77	26 Marzo 1896 id.	Dott. Sapelli.	Elena V. di anni 41.	IIIpara. Ultimo parto 12 anni fa, seguito da perio infezioso. Ha menorragie e metrorragie lori sacro-lombari. Fu operata di raschia senza risultato.
78	29 Marzo 1896 id.	Prof. Acconci.	Adalgisa G. di anni 33.	Nullipara. Da vari anni ha menorragie, dolo cro-lombari e nelle fosse iliache irradiantis arti inferiori.
79	31 Marzo 1896 id.	id.	Angela S. di anni 34.	VIpara. Ultimo parto 3 anni e 1|2 fa. Da molto t ha mestruazioni irregolari, dolori nelle fosse che e all'ipogastrio.
80	19 Aprile 1896 id.	id.	Ida B. di anni 33.	IXpara. Ultimo parto 2 anni fa. Da vari anni fetta da itterizia. Ha menorragie, dolori sacro bari e nelle fosse iliache. Grave anemia. Fu rata di raschiam. e fece cure risolv. senza vanta
81	4 Giugno 1897 id.	id.	Angela A. di anni 40.	Ipara. Parto abortivo 23 anni fa. Da molti an cusa dolori sacro-lombari e nelle fosse ili 4 anni fa, dopo un'esacerbazione dei disturbi, parve scolo di pus dalla vagina. Un anno fa forti dolori nella fossa iliaca sin. comparve sc pus dal retto. Si pratica la spaccatura per via della salpinge sinistra. Risultato incompleto.
82	1 Maggio 1896 id.	id.	Teresa R. di anni 50.	XIVpara. Ultimo parto abortivo 8 anni fa; da l'epoca soffre di dolori sacro-lombari e nelle iliache cui si aggiunse dismenorrea uterina operata di raschiamento senza benefizio. Ha cati fenomeni isterici.
83	27 Aprile 1896 id.	id.	Delfina V. di anni 30.	Vpara. Ultimo parto da un anno. Da quell'e soffre di dolori sacro-lombari e nelle fosse ili dismenorrea uterina ed ovarica. Ha disturbi ne
84	21 Maggio 1896 id.	id.	Anna C. di anni 29.	IIpara. Operata nel 1894 di laparotomia per e cele peritoneale suppurato, residuò una fisto l'angolo inferiore della ferita addominale. Op un anno dopo la fistola si chiuse completam Ma in seguito ad enteroclismi praticati si ria fistola, dalla quale cominciò a gemere pus sol periodo mestruale e premestruale. Accusa in dismenorrea uterina e dolori sacro-lombari.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
-ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, salpingite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	Guarigione.	Si lasciano sul peduncolo di destra 4 klemmer tolti dopo 48 ore.
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
tomia vaginale, fissa- delle sacche tubariche ate al fondo della va-	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale; peri-ovaro-salpingite.	id.	Si lasciano 4 klemmer, tolti dopo 36 ore.
ovaro-salpingectomia ale.	Utero fortemente sclerotico, orifizio interno stenotico e ricoperto di tessuto cicatriziale, sacto-salpingite purulenta bilaterale, sclerosi ovarica, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, noduli fibromatosi interstiziali, ovaro-salpingite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Utero sclerotico, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, ovarite interstiz.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale voluminosa, peri-ovaro-salpingite.	id.	Fitte e tenaci aderenze conglobavano gli annessi.
id.	Metrite cronica, endometrite fungosa, perimetrite, ovarite bilaterale, salpingite interstiziale nodosa.	id.	Al 10.° giorno dall'operazione comparve emorragia proveniente dal peduncolo di destra. Cessa in seguito a tamponamento vag.
tomia vaginale con azione degli annessi istra. Fissazione delle della tuba destra e vaio al fondo della va-	Metrite cronica, perimetrite, cospicua sacto-salpinge purulenta bilaterale.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale cronica bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	I fenomeni di isteria sono immutati dopo l'operazione.
id.	Metrite cronica, perimetrite, ovaro-salpingite interstiziale bilaterale.	id.	—
tomia vaginale. Le pa- ubariche di ambo i trono fissate al fondo vagina.	Metrite cronica, ipertrofia notevole della porzione sopravaginale, perimetrite, peri-ovaro-salpingite purulenta bilaterale.	id.	Si lasciano in posto 4 klemmer, tolti dopo 36 ore. In seguito all'operazione si stabilì un tragitto fistoloso vagino-addominale che andò poco a poco chiudendosi,

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
85	13 Maggio 1896 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Isabella C. di anni 37.	IVpara. Ultimo parto 10 anni fa, seguito da p perio infezioso. Da quell'epoca ha dolori nelle iliache, propagantisi agli arti inferiori, dism rea ovarica, mestruazioni irregolari, accentua sturbi gastrici (nausee, vomito). Turbe isteric
86	11 Giugno 1896 id.	id.	Pasqualina L. di anni 28.	Vpara. Ultimo parto 3 anni fa. Da allora ac dismenorrea ovarica ed uterina, dolori nelle iliache e all'ipogastrio. Turbe nervose.
87	13 Luglio 1896 id.	id.	Emma K. di anni 25.	Ipara. Il parto data da 2 anni e fu seguito da p perio infezioso. Da quell'epoca ha menorra metrorragie abbondanti, dolori nelle fosse ili Fu operata di raschiamento senza vantaggi cuno.
88	21 Novembre 1896 id.	id.	Caterina M. di anni 27.	IIpara. Ultimo parto 2 anni e 1[2 fa. Da molto te ha menorragie e dolori sacro-lombari e nelle iliache. Periodi febbrili.
89	20 Novembre 1896 id.	id.	Giuseppina M. di anni 26.	IIpara. Ultimo parto da 2 anni, seguito da puerp infezioso. Da allora soffre di dolori all'ipoga e nelle fosse iliache. Ha periodi febbrili.
90	23 Novembre 1896 id.	id.	Emilia T. di anni 22.	Ipara. Il parto, avvenuto circa un anno fa, f guito da puerperio febbrile, e da quell'epoca parvero vivi dolori nelle fosse iliache specie nistra, dolori lombo-sacrali, leucorrea. Fece in mente cure risolventi.
91	30 Novembre 1896 id.	id	Rosa P. di anni 31.	Vpara. Ultimo parto 3 anni fa, seguito da puerp infezioso. Da allora dolori all'ipogastrio, nelle iliache. Due mesi fa ebbe rialzo febbrile e qu comparve scolo purulento dalla vagina e dal r Ha nausee e vomito insistente.
92	28 Novembre 1896 id.	Dott. Sapelli.	Caterina L. di anni 40.	Nullipara. Da molti anni ha dismenorrea ova ed uterina e menorragie. Da 4 anni dolori fosse iliache e leucorrea abbondante. Operat raschiamento 2 anni fa ebbe un miglioram temporaneo.
93	14 Dicembre 1896 id.	Prof. Acconci.	Maria R. di anni 47.	IXpara. Ultimo parto 6 anni fa. Da 2 anni ha norragie, dolori nella fossa iliaca sinistra, le rea, è incapace al lavoro.
94	2 Gennaio 1897 id.	id.	Alice F. di anni 30.	VIpara. Ultimo parto 2 anni e 1[2 fa. Da parec tempo ha forti dolori nelle fosse iliache spec sinistra, ha menorragie e frequenti rialzi term è incapace a qualsiasi lavoro.
95	18 Gennaio 1897 id.	Dott. D'Erchia.	Giuseppina R. di anni 40.	IVpara. Ultimo parto, abortivo, 6 anni fa. Da recchi anni ha dolori lombo-sacrali e nelle f iliache, leucorrea.
96	1 Febbraio 1897 id.	Prof. Acconci.	Carmela S. di anni 21.	IIIpara. Ultimo parto un anno e mezzo fa. Da qu epoca ha menorragie e metrorragie, dolori all gastrio e nelle fosse iliache, leucorrea abbonda
97	7 Febbraio 1897 id.	Dott. Sapelli.	Luigia C di anni 44.	IIIpara. Ultimo parto 9 anni fa. Da molti anni menorragie; dolori all'ipogastrio e nelle fosse che. Fu operata un anno fa di raschiamento e putazione del collo, ne ottenne miglioramento t poraneo.

OPERAZIONE	DIAGNOSI ANATOMICA	ESITO	OSSERVAZIONI
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, nodi fibromatosi multipli interstiziali, sacto-salpingite sierosa bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	Guarigione.	Le turbe isteriche si mantengono invariate.
id.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale sinistra, sacto-salpingite purulenta destra	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto salpingite purulenta bilaterale, ovarite interstiziale.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, ascesso del Douglas, sacto-salpingite purulenta bilaterale, ovarite microcistica, parametrite suppurata a sinistra.	id.	—
id.	Metrite cronica, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
tomia vaginale con azione degli annessi tra. Fissazione delle ed ovaia sinistra al della vagina.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite ed ovarite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	I residui delle tube e dell'ovaio sinistro vengono fissati al fondo della vagina.
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, sclerosi ovarica, salpingite interstiziale cronica.	id.	--
tomia vaginale con ressura.	Metrite cronica, endometrite interstiziale, ovaro-salpingite interstiziale.	id.	—
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingo-ovarite bilaterale purulenta.	id.	—
id.	Metrite cronica, ovarite sclerosante bilaterale.	id.	—
id.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale, peri-ovaro salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, endometrite fungosa, ovarite bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
98	13 Febbraio 1897 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Santina P. di anni 48.	VIIpara. Ultimo parto 15 anni fa. Da 4 an menorragie e metrorragie gravi, dolori sacro bari, all'ipogastrio e nelle fosse iliache. Grave di anemia.
99	23 Febbraio 1897 id.	id.	Rosa Z. di anni 44.	Vpara. Ultimo parto 11 anni fa. Da molti ann cusa dolori sacro-lombari, nelle fosse iliache l'ipogastrio. Periodi di amenorrea alternat menorragie e metrorragie.
100	17 Marzo 1897 id.	id.	Luigia C. di anni 55.	Ipara. Il parto data da 23 anni. Da qualche accusa dolori sacro-lombari, all'ipogastrio e fosse iliache. Un mese fa ebbe una pelvi-perito
101	20 Marzo 1897 id.	id.	Zemira L. di anni 28.	Nullipara. Da circa 2 anni soffre di vivi dolor l'ipogastrio e nelle fosse iliache, tanto che fu bligata ultimamente a letto per 7 mesi, dura quali fu amenorroica. Si aggiunsero in seguit suria, dischezia, comparvero periodi febbrili.
102	28 Marzo 1897 id.	id.	Angela B. di anni 50.	VIpara. Ultimo parto 15 anni fa. Da 2 anni ac dolori all'ipogastrio e nelle fosse iliache, ha correa abbondante.
103	27 Marzo 1897 id.	id.	Estelle B. di anni 27.	IIpara. Ultimo parto da un anno e mezzo, seg da puerperio infezioso. Soffre da allora dolori fosse iliache, dolori sacro-lombari, ha leucorr menorragie. Tentò lungamente cure risolventi
104	10 Aprile 1897 id.	id.	Giuseppina F. di anni 24.	Vpara. Dall'ultimo parto, circa un anno, seguit puerperio infezioso, si lamenta di dolori sa lombari e nelle fosse iliache, di leucorrea e norragie.
105	8 Aprile 1897 id.	Dott. Sapelli.	Lucia P. di anni 36.	VIIpara. Ultimo parto 7 anni fa. Da molto te soffre di dolori sacro-lombari e nelle fosse ilia ha leucorrea. Incapacita al lavoro.
106	3 Aprile 1897 id.	Prof. Acconci.	Maria P. di anni 23.	IVpara. Ultimo parto da 2 anni, seguito da p perio infezioso. Ha menorragie, dolori nelle iliache, dismenorrea uterina, metrorragie.
107	11 Aprile 1897 id.	Dott. D'Erchia.	Enrichetta S. di anni 35.	IIpara. Ultimo parto da 6 anni. Da molto tempo cusa dolori sacro-lombari, nelle fosse iliache. smenorrea ovarica. Ha leucorrea; fu operata volte di raschiamento senza vantaggio.
108	16 Aprile 1897 id.	Prof. Acconci.	Armida C. di anni 28.	IIIpara. Ultimo parto, abortivo, 4 anni fa, seg da puerperio infezioso. Da quell'epoca ha me ragie e metrorragie, dolori sacro-lombari e fosse iliache. Operata di raschiamento ne vantaggio temporaneo.
109	25 Aprile 1897 id.	id.	Giuseppina N. di anni 34.	VIpara. Ultimo parto 5 anni fa, seguito da p perio infezioso, da allora soffre di dolori sa lombari, dolori nelle fosse iliache, ha menorr e leucorrea.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
tomia vaginale.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	Morte in terzo giorno per peritonite.	Causa le tenaci aderenze non si poterono asportare gli annessi. Le colture del pus contenuto nelle tube diedero luogo a sviluppo di streptococchi.
ovaro-salpingectomia ale	Metrite cronica, perimetrite, ovaro-salpingite bilaterale sclerosante; piccolo fibromioma interstiziale della parete posteriore.	Guarigione.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, ascessi multipli nei parametri, ovaro-salpingite bilaterale con sacto-salpingite purulenta destra; peri-ovaro-salpingite.	id.	—
omia vaginale: sutule pareti tubariche al della vagina.	Metrite cronica sclerosante, parametrite e perimetrite, sacto-salpingo-ovarite purulenta bilaterale.	id.	Decorso post-operatorio complicato dalla formazione di una fistola retto-vaginale, chiusasi spontaneamente.
omia vaginale con fise delle pareti ascesella tuba e dell'ovaio o alla ferita vaginale.	Piccolo fibroma della parete antero-laterale a sviluppo infralegamentario; ascessi multipli nel parametrio, peritonite pelvica antica, sacto-salpingite purulenta destra ed ovarite purulenta sinistra.	id.	—
varo-salpingectomia le.	Metrite cronica, perimetrite, ovarite interstiziale bilaterale, sacto-salpingite purulenta bilaterale.	id.	—
id.	Metrite parenchimatosa, perimetrite, sacto-salpingite purulenta destra, sacto-salpingite emorragica sinistra.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta ed ovarite microcistica bilaterale.	id,	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, peri-ovaro-salpingite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, degenerazione microcistica delle ovaie.	id.	—
id.	Metrite cronica, sacto-salpingite sierosa bilaterale, ovarite bilaterale.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, emato-salpingite bilaterale ematoma del mesosalpinge di sinistra.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, peri-ovaro-salpingite, sacto-salpingite sierosa ed ovarite microcistica bilaterale.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell'operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
110	30 Aprile 1897 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Luigia F. di anni 33.	IIpara. Ultimo parto 4 anni fa. Da 4 anni ha d nelle fosse iliache, menorragie e leucorrea. T inutilmente cure risolventi.
111	7 Giugno 1897 id.	id.	Rosa T. di anni 28.	IIIpara. Ultimo parto, abortivo, 2 anni fa. Gon pregressa. Ha menorragie, dolori sacro-lomb nelle fosse iliache. Fece senza vantaggio cur solventi.
112	8 Giugno 1897 id.	id.	Maria G. di anni 35.	IIpara. Ultimo parto, abortivo, 4 anni fa. Da n tempo accusa dolori nella fossa iliaca sinistra, struazioni irregolari, leucorrea. Fu operata ne di ovaro-salpingectomia destra per via addomi Ebbe una sospensione passeggera dei disturbi
113	11 Giugno 1897 id.	id.	Maria D. di anni 31.	Nullipara. Da 2 anni soffre di vivi dolori nelle f iliache, dolori sacro-lombari e all'ipogastrio leucorrea. Incapacità al lavoro. Tentò inutilm cure risolventi.
114	19 Giugno 1897 id.	id.	Domenica P. di anni 22.	IIpara. Ultimo parto da 6 mesi; fu seguito da p perio infezioso. Da quell'epoca soffre di forti d all'ipogastrio, nelle fosse iliache, dolori sa lombari. È incapace a qualsiasi lavoro.
115	17 Giugno 1897 id.	id.	Vittoria C. di anni 30.	Vpara. Ultimo parto, abortivo, 4 anni e mezzo seguito da puerperio infezioso. Da allora si lam di dolori nelle fosse iliache specie a sinistra dolori sacro-lombari. Tentò inutilmente cure solventi.
116	24 Giugno 1897 id.	id.	Teresa F. di anni 28.	IIIpara. Ultimo parto, abortivo, circa un anno Da molto tempo si lagna di dolori all'ipogas e nelle fosse iliache. Ha metrorragie e menorra
117	28 Giugno 1897 id.	id.	Cristina D. di anni 35.	IIpara. Ultimo parto 6 anni fa. Da 3 anni ac dolori sacro-lombari, all'ipogastrio e alle f iliache.
118	25 Giugno 1897 id.	id.	Ida R. di anni 29.	Ipara. Il parto data da 5 anni e fu seguito da p perio infezioso. Soffre da quell'epoca di do e senso di peso all'ipogastrio, dolori nelle f iliache, specie a sinistra, ha leucorrea. Accenti turbe nervose.
119	16 Luglio 1897 id.	id.	Teresa T. di anni 44.	IIIpara. Ultimo parto 23 anni fa. Da 2 anni acc dolori sacro-lombari, all'ipogastrio, metrorra e leucorrea.
120	12 Luglio 1897 id.	id.	Matilde H. di anni 28.	VIpara. Ultimo parto, abortivo, seguito da puer rio infezioso. Soffre da molto tempo dolori sac lombari, dolori nelle fosse iliache. Ha leuco abbondante.
121	14 Luglio 1897 id.	id.	Adele P. di anni 32.	IVpara. Ultimo parto 7 anni fa. Accusa dismenor uterina ed ovarica, dolori nelle fosse iliache e l'ipogastrio.
122	19 Luglio 1897 id.	id.	Maria C. di anni 33.	IIIpara. Ultimo parto, abortivo, 3 anni fa. Da m anni soffre di dolori sacro-lombari, dolori n fosse iliache. Ha leucorrea.

PERAZIONE	DIAGNOSI ANATOMICA	ESITO	OSSERVAZIONI
ovaro-salpingectomia ale.	Metrite parenchimatosa, perimetrite, peri-ovaro-salpingite, sacto-salpingite emorragica bilaterale, ovarite scleros. con cisti ematiche.	Guarigione.	—
ovaro-salpingectomia le. Trattamento iale dei peduncoli.	Metrite cronica, ovaro-salpingite sinistra, sacto-salpingite purulenta destra, peritonite pelvica.	id.	—
ovaro-salpingectomia le.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta destra.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
omia vaginale con azione degli annessi ra.	Numerosi ascessi nel parenchima uterino, perimetrite, sacto-salpingite purulenta destra, peri-ovaro-salpingite.	id.	Gli annessi di sinistra, causa le tenaci e numerose aderenze che li tenevano fissati in alto, non furono asportati.
varo-salpingectomia le. Trattamento inale dei peduncoli.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
varo-salpingectomia le.	Metrite cronica, perimetrite, peri-ovaro-salpingite purulenta bilaterale.	id.	—
varo-salpingectomia le. Trattamento inale dei peduncoli.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa sinistra, peri-ovaro-salpingite.	id.	Vengono lasciati gli annessi di destra.
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale, peri-ovaro-salpingite, peritonite saccata dello spazio del Douglas.	id.	Le turbe nervose che subito dopo l'operazione si erano mantenute invariate, attualmente invece sono assai diminuite.
id.	Metrite cronica, fibroma sottosieroso del fondo dell'utero, sacto-salpingite sierosa bilaterale, ovarite interstiziale, peri-ovaro-salpingite.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale, ovarite interstiz.	id.	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peri-ovaro-salpingite.	id	—
id.	Metrite cronica, perimetrite, sacto-salpingite sierosa bilaterale, ovarite bilaterale con cisti ematiche a sinistra.	id.	—

Num. d'ordine	Data e luogo dell' operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
123	Giugno 1895 Clientela privata, Genova.	Prof. Acconci.	Anna P. di anni 25.	IIpara. Un anno fa, in seguito ad aborto incom fu operata di raschiamento seguito da grave peritonite. Passato lo stato acuto ne residuò f vespertina e abbondante scolo leucorroico da nitali. Il 5 Dicembre 1894 in seguito a diagno ascesso pelvico fu praticata la spaccatura de nice laterale posteriore sinistro. In seguito a portuno trattamento si ottenne notevole migl mento ma non si riuscì a sopprimere il pro di suppurazione completamente. Nel Giugno fu decisa e praticata l'isterectomia vaginale estirpazione degli annessi.
124	12 Giugno 1896 id.	id.	Giuditta M. di anni 32.	Vpara. Ultimo parto 3 anni fa. Da 2 anni soff dolori sacro-lombari, nelle fosse iliache propa tisi agli arti inferiori, dismenorrea ovarica ed rina. Fece per lungo tempo varie cure risol senza ritrarne vantaggio.
125	10 Luglio 1896 id.	id.	Villeda S. di anni 30.	Ipara. Soffre di dismenorrea grave. Ha dolori s lombari e all'ipogastrio e nelle fosse iliache pagantisi agli arti inferiori, leucorrea abbonda Spiccate turbe nervose.
126	18 Giugno 1897 id.	id.	Paolina N. di anni 35.	Ipara. Il parto avvenne 13 anni fa e fu seguit puerperio infezioso. Da quell'epoca cominci accusare dolori sacro-lombari, dolori nelle iliache specie a sinistra, disturbi gastrici. Fu rata nel Novembre 1895 di ovaro-salpingecto sinistra per via addominale. Stette bene per c 4 mesi, dopo i quali ricomparvero i disturbi cennati, si aggravarono i disturbi gastrici. cure risolventi ottenendone leggero migliorame
127	26 Luglio 1897 id.	id.	F. N. di anni 38.	IIpara. Ultimo parto 5 anni fa. Da varî anni s di dismenorrea uterina, ha dolori sacro-lomb all'ipogastrio e nelle fosse iliache.

Istero-miomectomia vaginale per spezzettamento con i bisturi curvi.

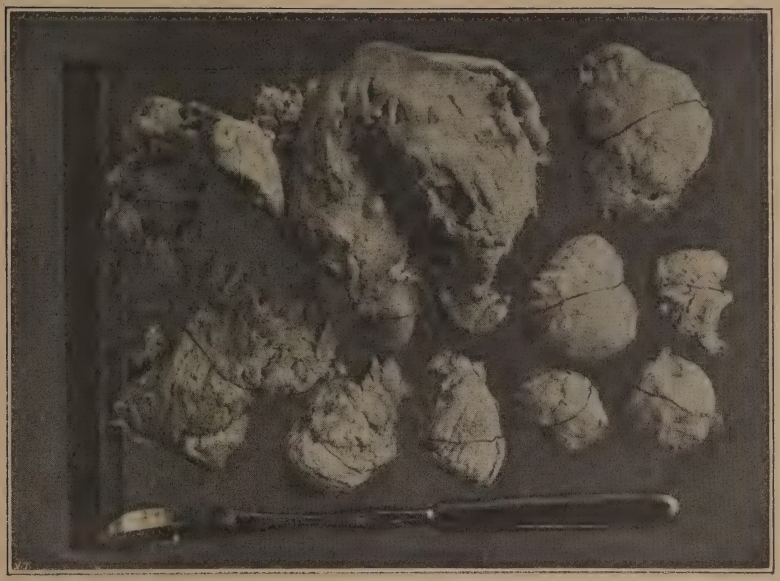


FIGURA 1.

Istero-miomectomia vaginale per spezzettamento con i tubi perforatori di Doyen

FIGURA 2.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
21 NOV 98

Cancroide della portio; ascesso tubo-ovarico. Isterectomia vaginale.

FIGURA 3.

Lesioni infiammatorie dell'utero e degli annessi. Isterectomia vaginale.

FIGURA 4.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
21 NOV 98
LIBRARY

Lesioni infiammatorie dell'utero e degli annessi. Isterectomia vaginale.

FIGURA 5.

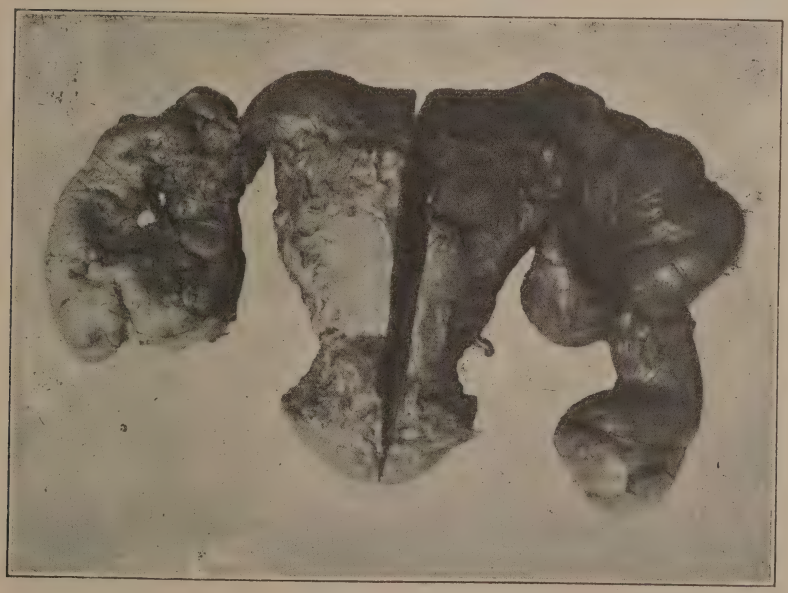


FIGURA 6.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF IRELAND
21 NOV 98
LIBRARY

Lesioni infiammatorie dell'utero e degli annessi. Isterectomia vaginale.

FIGURA 7.

FIGURA 8.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF
21 NOV 98
LONDON

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
o-ovaro-salpingectomia inale. La tuba sinistra ttamente aderente alla ete anteriore del retto ecisa circolarmente pres- l'estremo peritoneale e supializzata al fondo a vagina.	Metrite cronica, cospicua sacto-salpingite purulenta bilaterale, perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	Guarigione.	I residui della tuba sinistra furono fissati al fondo della vagina.
o-ovaro-salpingectomia inale.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale cronica bilaterale.	id.	Tre mesi dopo l'operazione comparve un dolore nella fossa iliaca sinistra; sul peduncolo dello stesso lato esisteva una vegetazione polipiforme, la quale scomparve in seguito a cauterizzazione con percloruro di ferro, cessarono pure i dolori. Dopo 5-6 mesi di benessere comparvero disturbi vescicali guariti in seguito a cura opportuna. Ora la donna sta bene.
id.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale bilaterale con cisti ematiche cospicue.	id.	Le turbe isteriche erano assai accentuate prima dell'operazione, dopo questa, pur persistendo, erano assai migliorate.
ectomia vaginale con rtazione degli annessi estra.	Metrite cronica, ovaro-salpingite destra con fatti di peri-ovaro-salpingite.	id.	I disturbi gastrici, i quali si mantennero per qualche tempo dopo l'operazione invariati vanno ora migliorando.
o-ovaro-salpingectomia nale.	Metrite cronica, ovaro-salpingite interstiziale bilaterale.	id.	—

Tu

Num. d'ordine	Data e luogo dell' operazione	Operatore	Nome, cognome età dell'operata	Anamnesi e sintomi subbiettivi
1	28 Maggio 1894 Clinica di Genova.	Prof. Acconci.	Alice Z. di anni 25.	Nullipara. Peritonite pregressa. Da un anno d sacro-lombari, nelle fosse iliache specie a sini Due mesi fa ebbe grave metrorragia. Profondo di anemia.
2	16 Febbraio 1895 id.	id.	Nicoletta O. di anni 25.	Ipara. Il parto avvenne 3 anni fa e fu seguit puerperio infezioso. Da allora accusa dolo lombi e nelle fosse iliache specie a destra, h smenorrea ovarica, leucorrea abbondante. È t colosa, ha sudori notturni, rialzi termici vesper Grave stato di denutrizione; esistono fatti d terite.
3	22 Marzo 1896 id.	id.	Esterina B. di anni 21.	Nullipara. Da 2 anni mestruazioni irregolari e se. Ha leucorrea abbondante, dolori sacro-lom e nelle fosse iliache, più accentuati a sinistra. grave metrorragia 9 mesi fa, 4 mesi or sono ferse di peritonite. Il 19 Febbraio si procede laparotomia, ma nell'incidere le pareti addom si apre la vescica la quale, stirata in alto era rente al peritoneo parietale, giungendo col f fino al bellico. Sutura della vescica e delle p addominali. Adesione completa per primam. mali le funzioni della vescica.
4	14 Maggio 1896 id.	id.	Angela G. di anni 29.	Ipara. Il parto data da 2 anni. Da un anno me ragie, dolori all'ipogastrio, nelle fosse iliache lombi. Da alcuni mesi sudori notturni, febbre c continua, anoressia, dischezia. Disturbi ga enterici assai gravi.

osi.

Operazione	Diagnosi anatomica	Esito	Osservazioni
-ovaro-salpingectomia ıale.	Sclerosi dell'utero e della ovaia. Piosalpingite bilaterale.	Guarigione.	Prima dell'operazione si riscontrano fatti umidi agli apici, diminuirono e andarono man mano scomparendo dopo l'operazione.
id.	Metrite cronica, sacto-salpingite bilaterale purulenta, peri-ovaro-salpingite e perimetrite.	id.	Sul peduncolo di destra si lasciano 2 klemmer tolti dopo 36 ore. Decorso post-operatorio complicato da fistola retto-vaginale ribelle ad ogni trattamento.
id.	Utero sclerotico, sacto-salpingite purulenta bilaterale, perimetrite, peri-ovaro-salpingite.	id.	Decorso post-operatorio complicato da una fistola retto-vaginale guarita rapidamente, spontaneamente.
-ovaro-salpingectomia ale. Fissazione della sinistra alla ferita va-e.	Metrite cronica, sacto-salpingite purulenta bilaterale, peritonite tubercolare, peri-ovaro-salpingite.	id.	In 2.° giorno dall'operazione compare collasso. Eccitanti, iniezione endovenosa di 800 cmc. di soluzione fisiologica di clururo di sodio. Miglioramento notevole e permanente. Formazione di una fistola retto-vaginale ribelle ad ogni cura.

RASSEGNA

OTTO v. FRANQUÉ. — **Ueber histologische Verhänderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht** *(Sulle alterazioni istologiche della placenta e loro rapporti colla morte del feto).* — *Zeitschrift,* 1897, XXXVII Bd., 2 Heft.

Numerose osservazioni microscopiche hanno dimostrato all'autore che esistono malattie della placenta fetale, le quali possono aver per conseguenza disturbi di nutrizione o morte del feto prima, durante o poco dopo il parto. Se il feto è morto prima del parto, il riconoscere con sicurezza la malattia placentare quale causa di morte è possibile solo quando per osservazioni cliniche è accertato che la morte venne in scena poco tempo prima dell'espulsione.

Nella placenta ritenuta per 8-14 giorni, esistono quasi sempre dopo la morte del feto le seguenti alterazioni istologiche: proliferazione dell'intima e dell'avventizia, parziale o totale obliterazione dei vasi, infiltrazione di cellule rotonde dei villi coriali, del corion e dell'amnios.

Nel feto a stadii avanzati di macerazione non è per lo più possibile distinguere se le alterazioni istologiche siano intervenute prima o dopo la morte, e se ne siano state la causa ovvero l'effetto. L'A. ammette che ne siano la causa, sebbene non sia dato dimostrarne la reciproca dipendenza.

Per quanto riguarda la sifilide, le osservazioni dell'A. avrebbero dimostrato che questa malattia ha una certa importanza nell'eziologia del precoce distacco placentare; e che anche essendo normale la placenta, può aversi coriite e amniotite.

Due osservazioni avrebbero anche dimostrato questo di nuovo: che cioè evidenti alterazioni istologiche infiammatorie possono dalla placenta materna propagarsi alla placenta fetale.

I casi finalmente in cui i feti, ancora viventi, furono partoriti in istato di deficiente nutrizione, comprovano la relazione indicata da Hofmejer tra lo sviluppo fetale e le condizioni della placenta.

TRIDONDANI.

CIOJA. — **Materiale di medicazione ostetrica.** — *Giornale della Reale Società italiana d'igiene,* N. 22, 30 Novembre 1897.

L'A. richiama, non a torto, l'attenzione su una questione eminentemente pratica, quale è quella che riguarda il materiale di medicazione che sia l'ostetrico sia la levatrice, devono avere continuamente sotto mano.

Il modo con cui abitualmente questo materiale viene preparato, conservato, trasportato e applicato a seconda dei bisogni, corrisponde forse alle esigenze di quella rigorosa asepsi che sempre dovrebbe dominare negli atti operativi ostetrici non meno che in tutte le operazioni chirurgiche? Problematiche appaiono tosto queste garanzie quando si pensi: all'uso abituale di garze e di cotone non perfettamente sterilizzati; alla confezione di tamponi ed al taglio della garza in striscie, che la levatrice eseguisce al letto stesso della partoriente, in circostanze perciò tutt'altro che felici dal punto di vista dalla asepsi; agli involucri talora non solo non asettici, ma anche semplicemente poco puliti, che servono pel trasporto di questi materiali indispensabili; ed a molte altre particolarità che riguardano specialmente la levatrice, ma molto anche il medico pratico.

È da lamentare che da noi non esista ancora, come all'estero, un materiale di medicazione ostetrica espressamente preparato e conservato. In Germania, ad esempio, sono in uso già da qualche tempo le scatole di medicazione sterilizzata del Dührssen, contenenti detto materiale già preparato pel bisogno, ermeticamente chiuse, e da non aprirsi che al momento opportuno.

Accennato a parecchie altre preparazioni di questo materiale di prima necessità, che sono in uso in Germania e altrove, e che potrebbero, quando che sia, imitarsi in Italia, l'A. indica infine i migliori requisiti ch'esse dovrebbero offrire.

TRIDONDANI.

CIOJA. — **Del bacino piatto per lussazione doppia coxofemorale.** — *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche,* N. 142, 1897.

Non tutti gli autori ammettono la forma piatta del bacino per lussazione bilaterale dei femori. L'A. spende alcune parole per dimostrare il meccanesimo di questo appiattimento, constatato finora su 28 esemplari esistenti sparsi nella letteratura ostetrica.

Avvenendo questa lussazione bilaterale, i muscoli diventano relativamente o troppo lunghi o troppo brevi, e di conseguenza il bacino risente o la trazione eccessiva dei muscoli tesi o il difetto di quelli rilasciati: da ciò la tendenza degli ischii a deviare infuori e in alto e tendenza delle ali iliache a prendere una posizione perpendicolare. Si preparano così condizioni favorevoli all'appiattimento del bacino, che viene poi determinato dal peso del tronco sul sacro. Cominciando

la bambina a star seduta, il peso del tronco, come fa anche nei bacini normali, che stanno per perdere i loro caratteri infantili, spinge il sacro in avanti. A femori lussati, questa spinta in avanti si esagera perchè non arrestata dalla contropressione dei femori, che, se pure in certo grado avvenga, si fa però in modo abnorme.

S'allungano così i diametri trasversi e si raccorcia l'antero-posteriore. Non vuolsi con ciò dire che sia questa una delle qualità più caratteristiche di questo bacino, che in Italia fu così bene illustrato dal Fabbri. Altre note di esso non meno importanti sono, ad es., l'inclinazione esagerata, il raccorciamento del canale pelvico, ecc. All'A. importa di avere fissate le ragioni che rendono possibile l'appiattimento di questo bacino. TRIDONDANI.

ANGELUCCI G. e PIERACCINI A. — **Sulla opportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nella nevrosi isterica e nelle alienazioni mentali.** — Reggio Emilia, tipografia S. Calderini, 1897 (dal *Morgagni*).

È inchiesta che ha durato due anni. Comprende Manicomii, Cliniche chirurgiche e ginecologiche, Ambulatorii di tutto il mondo. Con essa furono invitati chirurghi e ginecologi a dichiarare se avevano operato donne allo scopo di curare forme isteriche, ed alienisti perchè dichiarassero se avevano avuto fra i loro ricoverati, soggetti colpiti da forme isteriche o d'altro genere, che avessero subìto mutilazioni sessuali. A tutti fu chiesta la loro opinione sull'influenza curativa di un atto operativo ginecologico su questa forma morbosa.

Dai resultati di quest'inchiesta interessantissima, e che gli autori illustrano largamente, essi credono di poter concludere:

1.° è affatto da proscriversi l'ablazione dell'utero o degli annessi normali, come mezzo di cura della nevrosi isterica o della pazzia;

2.° lo stesso isterismo costituisce quasi una controindicazione alle operazioni chirurgiche da effettuarsi a scopo di cura ginecologica;

3.° tali operazioni non debbono trarre la indicazione della opportunità loro se non dalla gravità delle malattie degli organi sessuali da esportarsi, e indipendentemente da considerazioni riferentisi alla speranza di influire eventualmente sullo stato nevropatico delle operande;

4.° in tali casi può soltanto profittarsi dell'atto operatorio, reso indispensabile dalle condizioni patologiche degli organi sessuali, per tentare di esercitare una suggestione in vantaggio di uno stato nevropatico esistente;

5.° infine, solo a scopo di suggestione e quando siano stati inutilmente esperiti tutti i mezzi reputati più efficaci a combattere l'isterismo, si può ricorrere alla simulazione, sia pure cruenta, di una laparotomia.

GILLES DE LA TOURETTE. — **Le sein hystérique.** — *Travaux pratique d'obst. et de gynécol.*, 1898.

L'A. descrive una varietà di edema isterico localizzato alla mammella muliebre, affezione morbosa che interessa tanto il medico quanto il chirurgo, e che sconosciuta per lungo tempo diede luogo ad errori di diagnosi che portarono persino all'ablazione dell'organo, che avrebbe potuto guarire col semplice trattamento medico. L'erudito scrittore, rammentati i casi di Willis (1678), di Hoffmann, di Carré de Montgeron, nei quali l'edema andò compagno ad ulcerazione mammaria, annovera gli altri di Astley Cooper, di Brodie, di Landouzy, di Briquet, di Lionville, di Counard, di Bourneville, di Regnard, di Fabre, di Wever, di Féré, di Fowler, ecc.

Nel 1893 l'A. presentava al 7.° Congresso di chirurgia un riassunto completo della questione, fermando l'attenzione sopra i tumori delle poppe, di origine isterica, i quali spesso accompagnano l'edema.

Nella eziologia del seno isterico notasi spesso un traumatismo locale, punto di partenza della manifestazione distrofica. L'affezione generalmente sopravviene presso donne travagliate da disturbi catameniali. Fino ad ora non esiste alcun esempio nell'uomo. Per lo più una sola poppa è malata, per quanto più di una volta siasi verificata la bilateralità dell'affezione.

Ecco in che consiste tale strana forma morbosa: aumento permanente o temporaneo del volume dell'organo con iperestesia considerevole della pelle che lo ricopre. Trattasi di una zona iperestesica isterogena, la cui esaltazione messa in gioco da differenti cause, conduce ad un parossismo convulsivo la cui *aura* parte dal seno. Al momento della crisi producesi localmente la serie dei fenomeni vasomotori, che dalla congestione semplice possono arrivare fino all'edema, e talora anche alla gangrena della pelle. L'iperestesia della pelle delle poppe, non differisce dalle iperestesie del tegumento esterno delle altre regioni del corpo, ma è assai più marcata con leggiere frizioni superficiali che non con compressioni o palleggiamenti larghi, cosicchè talora le pazienti non possono neppure sopportare lo sfregamento della camicia, quantunque in taluni casi la compressione esercitata dal busto sembra abbia portato sollievo ai fenomeni dolorosi. L'iperestesia si accentua per pressioni dirette, per vive emozioni, per eccitazione di zone vicine, o di quelle in prossimità della vagina o dell'utero, non che nelle fasi mestruali.

In allora, esaltandosi la regione mammaria, le poppe divengono sede di trafitture dolorosissime a carattere nevralgico, esse si gonfiano, il capezzolo si erige, tutto l'organo può aumentare così da duplicare il volume normale. Oltre a ciò sensazioni di strangolamento, disturbi cefalici, sintomi di angina pectoris, ecc. Alloraquando il turgore mammario è al sommo scoppia l'accesso sia sotto forma di corea ritmica, sia sotto forma di parossismo ordinario. Quale è l'aspetto del

tegumento durante il parossismo? Quantunque le opinioni degli autori sembrino discrepanti, per Gilles de la Tourette esse si verificano e si caratterizzano in diversi stati che vanno dalla semplice congestione all'edema bianco, rosso o violetto, perciò l'aspetto dei tegumenti può variare secondo i casi, durante i parossismi o negli intervalli.

Parecchie volte un accurato esame fa rilevare nella mammella la esistenza di un tumore che non sorpassa il volume di un uovo di gallina, doloroso per se stesso.

L'affezione isterica delle mammelle è assai spesso tenace e di lunga durata. Del resto è risaputo come talora sia difficile lo spostare una stimmate d'una zona iperestetica, ed il seno isterico non è altra cosa se non la reazione di un organo speciale, assai ricco di vasi, sotto l'influenza di una zona di simil genere.

È di somma importanza pel chirurgo di non mai tralasciare la scoperta di stimmate isteriche allorchè si trovi in presenza di un tumore mammario, potendo così evitare un intervento inutile se non dannoso.

La diagnosi può essere difficoltata dalla presenza di ulcerazioni, sia che queste siano state causate da inopportune applicazioni di topici, sia che esse rappresentino l'ultimo grado del disturbo trofico della mammella. Il pronostico è assai grave, la malattia può durare lunghi anni, le ulcerazioni ed i fenomeni gangrenosi possono dar luogo ad infezioni secondarie ancora più gravi.

Quanto alla cura si dovrà sopratutto istituire un trattamento generale, che si rivolga alla nevrosi, prima causa dell'affezione isterica.

Decio.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XX. Dicembre 1898. Num. 12.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI
EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pisa

Prof. ERMANNO PINZANI

99

Ricerche sperimentali intorno agli effetti dell'amputazione della portio

SULLA NUTRIZIONE DELL'UTERO

Carlo Braun (1) nel 1864 comunicava di aver riscontrato che, in seguito all'amputazione del muso di tinca praticata col galvanocauterio o collo schiacciatore in casi di ipertrofia cervicale, il corpo dell'utero diminuiva molto di volume e che in esso il tessuto connettivo ipertrofizzato per infiammazione cronica subiva una degenerazione grassa e tutto l'organo andava incontro ad una involuzione simile a quella puerperale. Egli basava questa sua opinione su ricerche microscopiche fatte in occasione della morte di una delle sue operate. Però queste idee di Braun fecero poco rumore e forse sarebbero cadute del tutto in dimenticanza, se Augusto Martin (2) non le avesse confermate, e facendosene difensore, non le avesse divulgate e nel medesimo tempo non avesse dimostrato quali vantaggi poteva ritrarne la pratica e non avesse anche indicato una tecnica per eseguire mediante il bisturì questa operazione in una maniera più regolare e più sicura.

Di fatti egli annunziava alla XVIII sezione del 51.° congresso dei medici e naturalisti tedeschi tenuto a Cassel nel 1878 di avere eseguito 72 volte l'amputazione del collo in casi di metrite cronica tanto recente quanto nel periodo della retrazione cicatriziale e di aver trovata giusta l'opinione di Braun, poichè l'accorciamento dell'utero dopo tale operazione era di circa 2 o 3 cm. maggiore di quello che si sarebbe dovuto presumere, giudicando dalla lunghezza del pezzo esportato e contem-

poraneamente diminuiva lo spessore della parete e diveniva normale la consistenza dell'organo. Egli in tale circostanza concludeva che la involuzione del tessuto uterino dopo quest'atto operativo doveva ritenersi prontissimo, conclusione ch'era del pari accettata da Schröder. Anche Kehrer in appoggio dell'opinione di Martin portava nella medesima adunanza il suo contributo di 40-50 amputazioni del collo fatte col metodo proprio, dopo le quali egli pure aveva notato uno accorciamento della cavità uterina.

Da quell'epoca l'amputazione del collo ha preso voga, cosicchè in base all'idea esposta da Braun, migliaia di donne hanno subìto questa operazione, molte la subiscono ancora ed altre la subiranno, d'allora il concetto di Braun è stato per molto tempo un assioma quasi per tutti. « Il risultato essenziale dell'atto operativo » — scriveva Schwarz nel 1885 — « non consiste nell'ablazione di una quantità più o meno » considerevole di mucosa malata, nè nella diminuzione del tratto » vaginale del collo: *ma è dovuta sopratutto al processo intenso d'in-* » *voluzione che, consecutivo all'intervento, si estende a tutto l'organo* » *anormalmente vascolarizzato ed ipertrofico*.... In certi casi il processo » atrofico è così pronunciato che all'ipertrofia primitiva subentra una » manifesta atrofia » (3). Ed analogamente si esprimeva Augusto Martin nella 2.ª edizione del suo trattato di ginecologia; di fatti egli, ribadendo ivi le idee enunciate al suddetto congresso di Cassel, affermava che l'amputazione del collo « può essere ed è in realtà frequentissimamente » seguita da una involuzione di tutto l'utero, simile a quella che si » produce dopo il parto » (4). Anche nella 9.ª edizione del trattato di ginecologia di Schröder, riveduta e pubblicata da Hofmeier, venivano espressi concetti non discordi dai precedenti, quando si asseriva che « questa operazione dà un risultato decisivo, specialmente nei casi, in » cui la cervice ipertrofica sporga per un lungo tratto nella vagina. » Questo risultato non solo è determinato da che l'utero ingrossato » viene diminuito del tratto esciso, ma anche perchè, come C. Braun » ha dimostrato con l'esame microscopico, tutto il tessuto ipertrofico » dell'utero subisce una involuzione simile a quella puerperale, per cui » si rimpiccolisce in modo efficacissimo » (5). E senza più dilungarmi, venendo ad un'epoca recentissima, ricorderò come il nostro Candia (6) in una comunicazione fatta alla terza adunanza annuale della Società italiana di ostetricia e ginecologia (Seduta del 21 Ottobre 1896) mostrava

con tutta chiarezza di essere partigiano delle idee di Braun a questo proposito, ritenendo l'impicciolimento dell'utero, che segue all'amputazione vaginale del collo, come « una vera involuzione, simile a quella del puerperio. »

E siccome si era visto che l'utero diminuiva di volume non solo dopo l'amputazione della portio, ma anche dopo tutti gli atti operativi in genere che su questa vengono praticati, così si pensava che tali processi involutivi si manifestassero sempre, qualunque fosse l'operazione eseguita sul collo. Anzi a questo riguardo mi piace ricordare che O. Hardon (7) riferiva 7 casi, in parte osservati da lui, in parte da colleghi Americani, dove si era avuta una iperinvoluzione dell'utero in seguito all'operazione di Emmet.

Però se da una parte le idee di Braun venivano accettate da molti e pareva anzi dovessero trovare un'eco generale, d'altra parte in qualcuno andava infiltrandosi lo scetticismo a questo riguardo. Già fin dall'epoca in cui Martin faceva la comunicazione al congresso di Cassel, sorgeva nella stessa adunanza una voce discordante, la voce di Olshausen, il quale, mentre dichiarava di non poter negare il rimpicciolimento dell'utero dopo l'amputazione del muso di tinca, sollevava serî dubbi sul grado del medesimo, facendo osservare che il pezzo asportato doveva apparire dopo il dissanguamento molto più piccolo di prima dell'operazione e inoltre asseriva che una parte dell'esito attribuito all'atto operativo era invece da riferirsi al fatto che le pazienti erano obbligate di aversi riguardo dopo di esso. D'allora, in mezzo al fanatismo eccitato, massimamente dall'applicazione pratica tratta dalle idee di Braun, il dubbio su di queste tacitamente si faceva sempre più strada, tanto che si giungeva al punto di vedere illustri ginecologhi o rimanere molto incerti al davanti di esse o anche negare addirittura all'atto operativo praticato sopra il collo dell'utero ogni azione sul corpo ed attribuire invece i benefici effetti ad altre cause come alla emorragia, al riposo in letto, ecc. Ed ecco, ad esempio, Pozzi (8) dichiarare « molto contestabile » l'opinione di Braun, che la regressione dell'utero dopo l'amputazione della portio sia dovuta alla degenerazione grassa del connettivo ipertrofizzato; ecco Döderlein (9) mostrarsi pochissimo favorevole alla idea che con detta operazione si produca una specie di involuzione puerperale sull'utero ipertrofico; ecco Labadie-Lagrave e Legueu (10) affermare che tale involuzione « forse dipende solo dalla

decongestione dell'utero, dall'antisepsi, dal riposo. » Ma dove si manifestavano opinioni assolutamente contrarie alle idee di Braun fu in seno alla Società di ostetricia e ginecologia di Berlino nella Seduta dell'11 Novembre 1892 (11). In occasione di una comunicazione fatta da Mackenrodt in quell'adunanza « Sul prolasso e sulla sua guarigione operativa, » Veit, Fleischlen e Bröse si schieravano fra gli oppositori accaniti delle idee di Braun. Il primo affermava esplicitamente di ritenere per non esatta l'opinione di quelli che credono all'involuzione dell'utero in conseguenza di una escisione cuneiforme del collo. Il secondo pure, mentre dichiarava di non essersi mai potuto convincere della realtà di tale involuzione come effetto dell'amputazione del muso di tinca, esprimeva la convinzione e la speranza che i ginecologhi abbandonassero le idee di Braun per la prosperità delle malate e sulla base di fatti concludeva che l'involuzione dell'utero dopo l'operazione del prolasso non dipendeva già dal taglio della portio, ma dalla riposizione e dal riposo dell'organo. Similmente Bröse respingeva l'amputazione della porzione vaginale come mezzo per conseguire una involuzione dell'utero e finiva col dire che se si mette a letto una donna per 14 giorni, l'utero s'involve addirittura lo stesso, poco importa se sia o no stata precedentemente amputata la portio. In mezzo a tanta uniformità di opinioni, solo Mackenrodt si mostrava in quell'adunanza partigiano delle idee di Braun; ma egli pure, mentre dichiarava che dopo numerose osservazioni erano per lui, fuori di dubbio, i fenomeni involutivi come conseguenza della resezione del collo, riconosceva che la lunga durata del riposo a letto doveva pure esercitare una influenza favorevole su detta involuzione, tanto che sarebbe stato difficile riconoscere la parte che aveva nell'esito ciascuno elemento.

Da quanto si è detto, appare adunque che al giorno d'oggi si tende a riferire i benefici effetti osservati nel corpo dell'utero ipertrofico dopo le operazioni sul collo non già direttamente all'atto operativo in sè, ma alla sottrazione sanguigna, all'azione della contrazione dell'utero e del riposo sulla circolazione del viscere, fatti questi che accompagnando o seguendo l'atto operativo, portano, come dice Döderlein (12), l'organo congesto ed iperplastico ad uno stato di anemia depletorica, e ad una specie d'involuzione puerperale.

Se d'altra parte tutto il beneficio in tali casi fosse da ascriversi direttamente ed unicamente all'amputazione del collo, non si compren-

derebbe perchè, come faceva osservare Kehrer al congresso di Cassel, può perdersi completamente in poche settimane il vantaggio ottenuto dall'operazione, quando le pazienti si alzino e non si abbiano i dovuti riguardi dopo di essa; mentre in altri casi (quali, ad es., quelli di cui parla Decio (13) nel suo primo rendiconto clinico del Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano), la diminuzione del viscere può essere constatata anche dopo mesi ed anni. Se tutto il beneficio in tali casi fosse da ascriversi direttamente ed unicamente alla asportazione del collo, non si comprenderebbe del pari il nesso che dovrebbe esistere tra questa ed i processi involutivi del corpo. Nè vale a spiegarlo l'idea espressa da qualcuno che cioè sezionati, sia col tagliente, sia collo schiacciatore, sia coll'ansa rovente, sia col termocauterio, un numero considerevole di vasi arteriosi e venosi sul collo e determinata l'obliterazione di essi, si producano processi regressivi, non solo nelle parti più vicine alla ferita, ma anche in parti molto lontane. Difatti con tale concetto non si lascia forse la cosa più al buio di prima? Nè vale a spiegare detto nesso neanche l'ipotesi fatta da Pozzi (14), che cioè l'involuzione dell'utero sia dovuta ad una vera azione reflessa vaso-motrice e trofica apportata dal traumatismo cervicale, piuttosto che alla decongestione prodotta dalla perdita di sangue ed al riposo, poichè tale supposizione non è finora dimostrabile nè sulla base della fisiologia nè su quella della patologia.

Quindi dietro queste considerazioni parrebbe che la primitiva idea di Braun, per cui si riteneva la involuzione del corpo uterino provocata dall'operazione cervicale, fosse ora poco sostenibile. Ma veniamo al fatto principale. L'amputazione del muso di tinca è proprio capace per sè sola di determinare sul corpo dell'utero quella degenerazione grassa e quella involuzione simile alla puerperale voluta da Braun? È appunto per tentare di risolvere questo problema, che ho intrapreso una serie di sei esperienze su coniglie.

Ed ecco come ho proceduto in questi esperimenti. Ho scelto sempre coniglie adulte, che non fossero pregne, ho vuotato in esse la vescica urinaria mediante spremitura, e ad animale sveglio ho proceduto all'amputazione di uno dei musi di tinca adoprando il seguente processo. Incisione della parete addominale sulla linea mediana, subito sopra il pube, lunga circa cinque cm.; estrazione dei corni uterini dalla cavità del ventre in modo da scoprire la piega vagino-rettale; apertura trans-

peritoneale del tratto più alto della parete posteriore della vagina mediante un taglio longitudinale lungo circa un cm. e fatto sulla linea mediana; estroflessione della parte superiore della vagina e dei colli uterini; escisione di tutta la porzione vaginale di uno di essi con un colpo di forbici; cura dell'emorragia successiva, non mai molto forte, mediante la compressione; sutura della ferita vaginale col catgut dopo avere ricacciato il collo integro ed il tratto ferito nell'interno della vagina; sutura dello strato siero-muscolo-aponevrotico della parete addominale col catgut; sutura della pelle colla seta, collodione jodoformato sulla sutura cutanea. Gli animali hanno sempre sopportato bene l'operazione e sono guariti in maniera rapida. Ho sacrificato poi queste coniglie dopo un tempo più o meno lungo pungendo il bulbo, ho fatto la necroscopia di esse, ho esaminato attentamente i caratteri macroscopici che presentavano allora i corni uterini e li ho posti a confronto con quelli che offrivano al momento dell'operazione, ho asportato dal ventre tutto l'utero colle trombe e le ovaie, ho diviso l'utero in tre sezioni mediante tagli trasversali, che possibilmente passassero ad eguale altezza sui corni uterini, in modo che il primo tratto comprendesse la parte inferiore dell'organo, il secondo la parte mediana, il terzo la parte superiore colle trombe. Ho fissato ciascuna di queste sezioni ora con uno ora con un altro dei tre liquidi seguenti: liquido di Flemming, liquido di Müller, soluzione satura di sublimato corrosivo, avendo cura di metter sempre nello stesso liquido le parti omologhe dei corni uterini e di distinguere quella che apparteneva al lato destro da quella che apparteneva al lato sinistro. Ho pure sempre fissato le ovaie con la soluzione di sublimato. Su ciascun tratto dell'utero come sulle ovaie ho poi eseguite numerosissime preparazioni microscopiche, le quali venivano colorite in parte colla ematossilina alluminata di Böhmer, in parte col litocarminio, se i pezzi erano stati fissati mediante il liquido di Müller o la soluzione di sublimato, colla safranina se invece per la fissazione si era adoperato il liquido di Flemming. È stata pure usata la doppia colorazione con ematossilina ed eosina, con litiocarminio ed acido picrico. Nell'esaminare i preparati ho sempre avuto cura di porli a confronto con preparati campioni fatti seguendo metodi identici sull'utero e sulle ovaie di coniglie sane e non precedentemente operate.

E veniamo ora ad esaminare nelle singole particolarità ciascuna esperienza.

Esperienza I. — Coniglia di color bigio, del peso di gr. 2310. Operazione il 5 Gennaio 1898. All' apertura del ventre i corni uterini appaiono rosei e sottili (diametro trasverso esterno di circa 3 mm.). Escisione di tutta la porzione vaginale del collo sinistro, emorragia lievissima. L'animale è sacrificato dopo 142 giorni dall'operazione. Esso è molto magro, pesa solo 1200 gr. Alla necroscopia si trova il corno sinistro dell'utero che assomiglia per volume all'intestino colon disteso; come questo presenta qualche piccola strozzatura. Il corno destro invece appare sottile con un diametro esterno di circa 3 mm., di consistenza normale, più corto del sinistro ed a questo patologicamente saldato nel tratto inferiore. Il corno sinistro è di color roseo, il destro di color più scuro, con peritoneo liscio, senza tracce di rughe. Nel punto d'amputazione si trova il canale cervicale completamente obliterato, il collo destro e la vagina sono pallide, ovaie ambedue eguali e normali. Inciso il corno sinistro sgorga un liquido sieroso, la parete di esso si mostra molto assottigliata. Evidentemente qui si è prodotta per l'operazione la chiusura del canale cervicale donde idrometra; complicandosi per tal fatto l'esperimento questo perde ogni significato. Mi risparmio quindi di riferire i risultati che in esso si ebbero colla ricerca microscopica.

Esperienza II. — Coniglia di pelo fulvo, del peso di gr. 2170. Operazione il 5 Gennaio 1898. All' apertura del ventre i corni uterini sono rosei e sottili (diametro esterno di 3-4 mm.) e sodi. Escisione di tutta la porzione vaginale del collo sinistro, emorragia discreta. La coniglia viene uccisa 128 giorni dopo l'operazione. Essa è molto magra e pesa gr. 1745.

Necroscopia. — Un'ansa del tenue è aderente alla parete anteriore della vescica, l'utero è attaccato alla parete posteriore di esso. I corni uterini sono ambidue rosei e sottili (diametro esterno di 3-4 mm.), hanno pressochè la stessa consistenza che all' atto dell' operazione, si presentano senza rughe alla superficie e non offrono al confronto differenze macroscopiche apprezzabili. Collo destro pallido come la vagina, nel punto in cui il collo sinistro è stato amputato si trova una cicatrice circolare raggiata, con un piccolo foro centrale. Ovaie ambedue uguali e di apparenza normale. La porzione inferiore dell'utero, là dove i due corni sono aderenti, non che il tratto dei due corni immediatamente soprastante, sono posti nel liquido di Müller; il tratto mediano dei due corni è messo nella soluzione di Flemming; l'ultima porzione di essi insieme alle trombe ed alle ovaie è posta nella soluzione di sublimato corrosivo. All' esame microscopico i preparati del corno sinistro presentano gli stessi caratteri di quelli del destro, tutti si mostrano completamente eguali ai preparati campione. La mucosa ed il peritoneo appaiono affatto normali, e lo strato fibro-muscolare non pre-

senta modificazioni nella vascolarizzazione, nè diminuzione di numero o di volume delle parti elementari, nè stato granuloso di esse, nè cambiamento di rapporto tra la quantità delle fibro-cellule e quella degli elementi connettivali, nè colorazione in nero con l'acido osmico, nè altri fatti che inducano a pensare a processi regressivi. All'esame microscopico ambedue le ovaie appaiono normali.

Esperienza III. — Coniglia di mantello macchiato bianco e nero, del peso di gr. 2160. Operazione il 29 Gennaio 1898. All'apertura del ventre i corni uterini appaiono rosei, sodi, con un diametro trasverso esterno di circa 5 mm. Escisione di tutta la porzione vaginale del collo destro. Emorragia mite. La coniglia viene uccisa 31 giorni dopo l'operazione. Essa è molto magra e pesa gr. 1130.

Necroscopia. — Corni uterini apparentemente uguali, rosei, presso a poco della stessa consistenza notata all'atto dell'operazione, del diametro trasverso esterno di circa 5 mm., con peritoneo liscio. Collo sinistro pallido come la vagina, nel punto in cui venne sezionato il collo destro si trova una cicatrice raggiata circolare con un piccolo pertugio nel mezzo. Le ovaie sono di uguale volume, presentano vescicole di Graaf ed hanno apparenza normale. Il tratto inferiore dell'utero è indurito nel liquido di Flemming, il tratto mediano insieme colle ovaie in una soluzione di sublimato corrosivo, l'ultima porzione insieme colle trombe nel liquido di Müller. Medesimi risultati all'esame microscopico come nella esperienza II.

Esperienza IV. — Coniglia di mantello argentino, del peso di gr. 1730. Operazione l'8 Febbraio 1898. All'apertura del ventre i corni uterini appaiono rosei, sodi, con un diametro trasverso esterno di 4 mm. circa. Escisione di tutta la porzione vaginale del collo sinistro. Emorragia mite. La coniglia è uccisa dopo 57 giorni dall'operazione. Essa è molto ingrassata e pesa gr. 2650.

Necroscopia. — Corni uterini apparentemente eguali, di color roseo piuttosto intenso, presso a poco della stessa consistenza notata all'atto dell'operazione, del diametro trasverso esterno di circa 4 mm., con peritoneo liscio, senza rughe. Collo destro roseo come la vagina; in corrispondenza della superficie di sezione del collo sinistro si riscontra una cicatrice raggiata, circolare, con un forellino al centro. Le ovaie sono di ugual volume e di apparenza normale. Il tratto inferiore dell'utero è posto nel liquido di Flemming, il tratto di mezzo insieme colle ovaie nella soluzione di sublimato, il tratto rimanente, colle trombe, nel liquido di Müller. Medesimi risultati all'esame microscopico come nelle esperienze II e III.

Esperienza V. — Coniglia di mantello bianco con qualche macchia di color cenere, del peso di gr. 1370. Operazione l'8 Febbraio 1898.

All'apertura del ventre i corni dell'utero appaiono di color roseo, sodi, del diametro trasverso esterno di circa 3 mm. Escisione di tutta la porzione vaginale del collo sinistro. Emorragia discreta. La coniglia è sacrificata 94 giorni dopo l'operazione. Essa è molto grassa e pesa gr. 1988.

Necroscopia. — Qualche piccola aderenza tra la parete posteriore della vagina e le anse del tenue. Corni uterini ambedue apparentemente uguali, rosei, presso a poco della medesima consistenza che all'atto dell'operazione, del diametro trasverso esterno di circa 3 mm., con peritoneo liscio. Collo destro roseo come la vagina, l'antica superficie di sezione del collo sinistro presenta una cicatrice di forma circolare con un orificio puntiforme in mezzo. Le ovaie sono eguali e presentano follicoli grossi. Tratto inferiore dell'utero immerso nel liquido di Flemming, il tratto mediano con le ovaie nella soluzione di sublimato, il tratto ultimo con le trombe nel liquido di Müller. Medesimi risultati microscopici come nelle esperienze precedenti.

Esperienza VI. — Coniglia di mantello grigio-bianco del peso di gr. 2325. Operazione il 18 Maggio 1898. All'apertura del ventre i corni dell'utero appaiono rosei, sodi, del diametro trasverso esterno di circa 4 mm. Escisione di tutta la porzione vaginale del collo destro. Emorragia discreta. La coniglia è uccisa 10 giorni dopo l'operazione. Dopo morte pesa gr. 2100.

Necroscopia. — La ferita addominale ha aderito ovunque di prima intenzione. Nessun indizio di peritonite. Corni uterini apparentemente eguali, rosei, presso a poco della stessa consistenza notata all'atto dell'operazione, del diametro trasverso esterno di circa 4 mm. La ferita vaginale è guarita di prima intenzione. Collo sinistro roseo, sul punto dove fu amputato il collo si trova una superficie granulante. Ovaie ambedue uguali, con molti follicoli di Graaf. Tratto inferiore dell'utero fissato nel liquido di Flemming, tratto mediano colle ovaie in soluzione di sublimato, il tratto rimanente con le tube in liquido di Müller. Medesimi risultati microscopici come nelle esperienze precedenti.

Per questo genere di ricerche evidentemente le coniglie si prestano benissimo, poichè essendo fornite di un utero bicorne con i corni saldati solo per un tratto di circa 7 mm. e con 2 colli distinti sporgenti in vagina, e quindi essendo fornite quasi di 2 uteri, si ha in ogni singolo individuo un termine di confronto nel corno corrispondente al collo intatto per valutare le modificazioni che si producono sull'altro corno in seguito all'escisione del muso di tinca. Dietro questo concetto dalle 5 ultime esperienze (poichè la prima non ha per noi alcun signi-

ficato) si dovrebbe concludere che l'operazione non esercita alcuna influenza sulla nutrizione del corpo uterino, poichè all'esame microscopico praticato 10 giorni, 1, 2, 3, 4 mesi circa dopo l'atto operativo, costantemente i 2 corni sono stati trovati uguali e quello del lato ove era stata eseguita l'amputazione non ha mai presentato al microscopio caratteri differenti dall'altro. Ma qui si potrebbe obbiettare che nella coniglia i rami mediani di entrambe le arterie uterine si anastomizzano fra di loro nella linea di mezzo [Krause (15)] e che perciò l'amputazione di un collo avrebbe potuto far sentire i suoi effetti anche sul corno dell'altro lato. Ma a questa obbiezione si risponde trionfalmente coi fatti costantemente riscontrati nelle 5 ultime esperienze. La perfetta eguaglianza tra il volume e la consistenza dei corni uterini al momento dell'operazione ed il volume e la consistenza di essi all'atto della necroscopia, il difetto di rughe sul peritoneo che li riveste, i caratteri microscopici negativi per ammettere alterazioni degenerative, e corrispondenti invece perfettamente allo stato normale dell'utero nelle coniglie, non sono forse tante circostanze che fanno escludere nelle nostre esperienze l'avvenuta involuzione uterina dopo l'atto operativo?

Forse qualcuno potrà pensare che nei nostri esperimenti coll'apertura del peritoneo, coll'apertura della vagina si siano create condizioni differenti da quelle che si hanno quando nella donna si esegue l'amputazione del muso di tinca. Si potrebbe pensare che il peritoneo irritato dal traumatismo operativo avesse esercitato sull'utero una azione opposta a quella prodotta dall'amputazione cervicale. Ma se questo concetto fosse esatto, si sarebbero dovuti avere fenomeni involutivi dell'utero nelle esperienze III e IV dove gravi irritazioni del peritoneo non devono essere esistite, perchè alla necroscopia non sono state trovate aderenze affatto, e specialmente nell'esperienza VI dove, benchè l'operazione fosse stata eseguita di recente (10 giorni), non si è riscontrato alcun indizio di risentimento peritoneale. Eppure anche in questi casi ogni involuzione del corpo dell'utero è mancata.

Si potrebbe pure credere che siccome abbiamo studiato in questi esperimenti gli effetti dell'amputazione del collo sulla nutrizione del corpo uterino quando però il viscere è in istato fisiologico, ci fossimo trovati in condizioni differenti da quelle che si hanno nella donna ad utero ipertrofico per processo infiammatorio cronico. Ma allora, a dire il vero, sarebbe un fatto molto strano che i fenomeni involutivi nell'un

caso fossero mancati affatto e nell'altro apparissero invece assai manifesti; non si comprenderebbe perchè gli elementi dei tessuti uterini dovessero subire una influenza grandissima dall'operazione quando l'utero è ammalato e non ne subissero alcuna quando esso è sano; non si capirebbe neanche perchè l'azione che nella donna secondo alcuni si produrrebbe pel trauma cervicale, direttamente sui vasi o sui nervi del collo e indirettamente sui tessuti del corpo dell'utero ipertrofico cronicamente infiammato, non dovrebbe esse del pari essere risentito dai vasi e dai nervi della cervice nell'utero sano delle coniglie, tanto più che la distribuzione vasale e nervosa in questi animali è molto simile a quella della donna, come ognuno può convincersi esaminando il trattatello di Krause W. « Die Anatomie des Kaninchens. »

Da tutto quanto finora si è detto, si può quindi concludere che l'amputazione della portio non ha in sè e per sè alcuna influenza sulla nutrizione del corpo dell'utero e non è perciò capace di provocare in via diretta fenomeni involutivi sopra di esso. Da ciò evidentemente scaturisce il corollario pratico che l'amputazione del collo deve essere riservata solo a quei casi di metrite cronica, dove, perchè esistono erosioni sul muso di tinca ed alterazioni nella profondità del tessuto cervicale, l'asportazione della parte malata, massimamente se fatta col metodo di Schröder, trova una giusta indicazione e riesce veramente utile. Quando si dovrà agire solo sull'ipertrofia del corpo uterino si userà un metodo di cura molto più semplice: si cercherà di determinare per via indiretta, sia col porre la donna a letto, sia col provocare contrazioni dell'utero, ecc., uno stato anemico dell'organo e quindi fenomeni regressivi sopra di esso. Evidentemente tali mezzi terapeutici per essere efficaci devono essere impiegati a lungo. Sono questi i concetti che riguardo alla cura della metrite cronica espone pure Döderlein (16) nel recentissimo trattato di ginecologia pubblicato da Veit.

BIBLIOGRAFIA.

(1) C. Braun. *Zeitschrift der Gesellschaft der Wiener Aerzte*, 1864, pag. 43.

(2) Verhandlungen der XVIII Section der 51 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel. *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1878, N. 20, pag. 466 e seg.

(3) E. Schwarz. *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1885, N. 29. — *Annales de Gynécologie*. 1885, XXIV, pag. 306.

(4) Aug. Martin. « Traité clinique des maladies des femmes, » traduit sur la deuxième édition allemande par H. Varnier et Fr. Weiss. Paris, G. Steinheil, 1889, pag. 294.

(5) C. Schröder. « Trattato delle malattie degli organi genitali femminili, » 2.ª edizione italiana sulla 9.ª tedesca, riveduta e pubblicata da M. Hofmeier, versione di V. Meier e V. Craplos. Napoli, N. Jovene e C., 1893, pag. 153.

(6) F. Candia. *Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia*, vol. III, Roma, Unione cooperativa editrice, 1897, pag. 143.

(7) V. O. Hardon. *American Journal of obstetrics*, Ottobre 1888, pag. 1009.

(8) S. Pozzi. « Trattato di ginecologia clinica e operatoria, » traduzione italiana sulla 2.ª edizione francese di P. G. Spinelli, pag. 202.

(9) A. Döderlein. « Die Entzündungen der Gebärmutter » in J. Veit, « Handbuch der Gynäkologie. » Bd. II, Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1897, pag. 380.

(10) F. Labadie-Lagrave et F. Legueu. « Traité médico-chirurgical de Gynécologie. » Paris, F. Alcan, 1898, pag. 647.

(11) Verhandlungen dei Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin, vom 28 October 1892 bis 25 November 1892. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. XXV, Heft 2, 1893, pag. 383 e seg.

(12) A. Döderlein. Loco cit., pag. 383.

(13) C. Decio. « I primi 15 mesi del Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal prof. L. Mangiagalli. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1890, pag. 412.

(14) S. Pozzi. Loco cit., pag. 202.

(15) W. Krause. « Die Anatomie des Kaninchens, » Zweite Auflage, Leipzig, W. Engelmann, 1884, pag. 264.

(16) A. Döderlein. Loco cit., pag. 380 e 383.

Contributo alla storia del taglio cesareo sulla donna agonizzante (1)

PEL

Prof. ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI

Direttore della Clinica ostetrica di Cagliari

Nel fare alcune ricerche bibliografiche, ho avuto l'opportunità di scorrere due trattatelli francesi poco conosciuti, e di trovarvi alcune notizie, le quali servono a correggere qualche inesattezza, che a proposito del taglio cesareo sulla donna agonizzante vengono pressochè abitualmente ripetute. Tali inesattezze riguardano la parte storica della questione ed hanno importanza diversa. Cominciamo dalla meno importante.

Alfonso Corradi, nella sua classica storia dell'ostetricia (2), cita Michele Alberti come il primo che nel secolo scorso abbia accennato al taglio cesareo nella donna agonizzante con queste parole: « Si gravida non perfecte mortua sit, sed pro mortua habeatur, fœtus autem adhuc vegetus existat, tunc neque in hoc casu exsectio negligenda est, quoniam in dubio est, an gravida ad se redeat, et vicissim major præsumptio et fiducia de conservatione fœtus valet et affulget » (3).

L'Alberti stampò la sua opera nel 1736; ora quasi un secolo prima la questione del taglio cesareo sulla donna agonizzante era stata ventilata ed in certo qual modo discussa dal Fournier, il quale nel trattato edito a Parigi nel 1677 scriveva: « Mais comme cette opération peut être différente, à raison du temps de la faire; il est bon de remárquer

---

(1) Comunicazione fatta alla Riunione della Società italiana di Ostetricia in Torino, Ottobre 1898.

(2) Corradi A. « Dell'ostetricia in Italia. » Bologna, tip. Gamberini e Parmeggiani, 1875, pag. 701.

(3) Alberti Michele. « Systema Jurispr. med. » Halae, 1736, I, 172.

que l'on en peut establir trois manières, selon ses trois temps: la première qui se fait lors que la mère est vivante, la seconde lorsqu'elle est agonisante; et la troisième lorsqu'elle est morte.

« La première, quoy que combattue est la plus seure.

« La seconde est tout à fait blasmable.

« Et la troisième est bien douteuse pour l'enfant, ou pour mieux dire bien trompeuse! » (1).

E siccome l'Alberti è stato citato, oltre che dal Corradi, da parecchi di coloro che si occuparono con amore di questa quistione, ad es. da Morisani, da Pinzani, da Decio, come il primo che abbia parlato del taglio cesareo nell' agonizzante, così giustizia vuole che d'ora innanzi si ricordi invece il nome di Fournier come uno dei primissimi, se non il primo, che sul taglio cesareo nell'agonizzante scrisse qualche parola, esprimendo nettamente la sua opinione in proposito.

Questa la prima rettifica, la quale del resto non ha grande valore; veniamo alla seconda.

Chi eseguì pel primo il taglio cesareo nella donna prossima a spirare?

Gli ostetrici sono concordi nello affermare che il primo, il quale eseguì tale atto operativo, fu il Roser. A comprova di ciò citiamo alcuni tra coloro che trattarono diffusamente questo argomento.

Carlo Esterle nel 1861 scriveva: « Per esattezza storica però ricorderò che il dott. Roser già nel 1830 accennò al vantaggio che si avrebbe in simili casi di praticare il taglio cesareo avanti alla morte della madre, ciò che egli eseguì in un caso salvando il bambino. È inutile il dire che il consiglio da lui dato, benchè logico, non venne da alcun altro seguito » (2).

Scipione Giordano poco dopo, in una prelezione diceva: « Fin dal 1833 Roser osò praticare il taglio cesareo su di una donna agonizzante ed estrasse un feto vivo. La proposta e l'esempio rimasero, come era naturale, senza seguaci: un sol fatto, io conosco, di questa pratica ado-

---

(1) D. Fournier. « L'accoucheur méthodique qui enseigne la manière d'opérer dans tous les accouchements naturels et artificiels. » A Paris, chez l'autheur et Sebastien Cramoisy, 1677, pag. 363-364.

(2) Carlo Esterle. « Sulla convenienza di estrarre il feto per le vie genitali, purchè vitabile, prima che avvenga la morte, giudicata vicina e sicura di donna gravida. » *Annali universali di medicina*, 1861, vol. 178, pag. 8 dell'estratto.

perata in un lazzaretto di Torino nell'epidemia colerosa del 1855; il feto fu estratto morto » (1).

Corradi (2), Tibone (3), Morisani (4), Pinzani (5) hanno pure accennato al Roser come al primo che eseguì il taglio cesareo sull'agonizzante. E Mangiagalli, nell'ottimo lavoro sul taglio cesareo, parlando per incidenza dell'atto operativo sull'agonizzante, scriveva queste parole: « La pratica a cui si accenna non è nuova, come non è nuova la questione che su di essa si impernia. Fino dal 1840 Roser praticò il taglio cesareo su di una donna agonizzante ed estrasse un feto vivo. Il Giordano trova naturale che l'esempio rimanesse senza seguaci e, citato un fatto in cui si seguì tale pratica in un lazzaretto di Torino nell'epidemia colerosa del 1855, condanna la temerità di tale operazione su donna ancor viva » (6).

Lo stesso Mangiagalli, dopo aver ricordato che Roser operò il 15 Maggio 1840 una donna nell'ultimo mese di gestazione affetta da peritonite e fenomeni cerebrali (7), ci dà più innanzi una statistica di 8 casi che comincia dal Roser e comprende i casi degli italiani Franzolini e Carrara (8).

Anch'io in una pubblicazione sul taglio cesareo, fatta nel 1886, attribuivo, in base ai lavori di Esterle e di Tibone, la priorità al Roser (9). Più recentemente il dott. Decio si è occupato di questo argomento, e in un lavoro coscienzioso e minuzioso, dopo aver ricordato

---

(1) Scipione Giordano. « Cesari ed Agrippi nel caso di morte della gestante. » Prolusione al corso scolastico 1862-63. *Giornale dell'Accademia med. chir. di Torino*, 1862, serie II, anno XV, vol 45, pag. 335.

(2) Corradi. « Storia dell'ostetricia, » pag. 700.

(3) Domenico Tibone. « L'ostetricia nel secolo decimonono. » Prolusione al corso ostetrico 1866. Torino, tip. naz. di Luigi Bottero, 1866, pag. 22.

(4) Ottavio Morisani. « Sul parto cesareo nella donna agonizzante. » Relazione e discussione fatta all'Accademia med. chir. di Napoli. *Giornale internaz. delle scienze mediche*, anno V, fasc. 7 ed 8.

(5) Ermanno Pinzani. « Condotta che deve tenere l'ostetrico presso un'incinta morta o per tale ritenuta. » *Rivista clinica*, 1884, pag. 1002.

(6) Luigi Mangiagalli. « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, anno V e VI, 1883-84, pag. 166 dell'estratto.

(7) Mangiagalli. Ibidem, pag. 168.

(8) Mangiagalli. Ibidem, pag. 172-73.

(9) Guzzoni Arturo. « Il taglio cesareo, riassunto di due conferenze. » *Collezione ital. di letture sulla medicina*, Serie 4.ª, N. 5, Milano, Fr. Vallardi, pag. XVII.

che Roser nel 1830 estrasse con deliberato proposito un feto vivo (1) afferma: « oltre adunque al cennato di Roser, che dobbiamo ritenere come il primo, il secondo ci è reso noto dal Runge e rimonta all'anno 1859: l'osservazione appartiene a Fischer » (2). E più innanzi Decio dà una statistica di 19 casi di tagli cesarei su donna agonizzante, la quale comincia col Roser ed abbraccia i casi italiani di Franzolini, di Carrara, di Mangiagalli, di Pestalozza (3), ai quali si potrebbe aggiungere ancora l'altro del Malacrida dallo stesso Decio riferito nel testo (4) ma non posto nella statistica.

Senza voler citare altri nomi, possiamo adunque concludere che i nostri ostetrici sono concordi nell'attribuire al Roser il primo taglio cesareo sulla donna agonizzante, ma però non sono ugualmente concordi nello stabilirne la data, la quale ha un'oscillazione di un decennio e cioè dal 1830 al 1840.

Ma è stato veramente il Roser il primo ad eseguire il taglio cesareo sulla donna agonizzante? Quando eseguì egli tale operazione? Si chiama veramente Roser?

Alfonso Corradi, nell'affermare che nessun altro atto operativo congenere era stato prima del Roser tentato, riporta le opinioni di alcuni autori, quali Kilian, Burns, Timmermans, Caire, ecc., che in pubblicazioni posteriori al caso di Roser avrebbero espressa l'opinione che in determinati casi si debba aprire il ventre alla donna agonizzante. Ora, trattandosi di una rettifica di indole storico-bibliografica, ho voluto cerziorare se effettivamente questi autori citati dal Corradi hanno espresso un'opinione così favorevole, onde correggere eventualmente un'inesattezza, che, come avviene in molti casi consimili, è ripetuta da parecchi senza controllo alcuno.

Incominciamo dal Kilian.

Questo eminente ostetrico, stando al Corradi, si pose il problema se si dovesse o no operare una gravida agonizzante, e rispose che nulla dovevasi fare se non quando potevasi salvare la vita del feto o

---

(1) Carlo Decio. « Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante, purchè il feto sia vivo e vitabile. Studio storico-critico. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1896, pag. 320.

(2) Carlo Decio. Ibidem, pag. 320-321.

(3) Carlo Decio. Ibidem, pag. 454-455.

(4) Carlo Decio. Ibidem, pag. 325.

sollevare gravi patimenti alla madre (1): ed in tal caso sicuri della vita del feto, e disperata apparendo la vita della madre « quegli risolutamente consigliava di aprire persino il ventre della moriente » (2) se non fosse possibile o non riuscisse così sollecito il parto per le vie naturali. « Truce, se non crudele deliberazione, e che pur sempre accora » aggiunge il Corradi (3).

Questa citazione del Corradi non sarebbe effettivamente esatta.

Il Kilian nell'opera citata (4), vol. II a pag. 11, parla solo in genere delle operazioni sulla donna morente, ma non dice parola del taglio cesareo, e nella pag. 456, quella citata da Corradi, si occupa di tutt'altro. Il Kilian però a pag. 564 parla del taglio cesareo su donna morta e non su donna morente: difatti — egli dice — contro il taglio cesareo su donna morta si potrebbero ricordare i rarissimi casi di morte apparente, ma rispondiamo che il taglio cesareo è un'operazione che a favore del feto si fa anche sulla donna notoriamente viva.

E a detta pag. 564 Kilian in una nota (*d*) mette la questione nei seguenti termini interrogativi:

Come ci comporteremo se la madre è agli estremi e il feto vivo? si deve operare finchè la donna respira o la si deve lasciar morire tranquilla?

A queste due domande Kilian non dà risposta alcuna, ma si limita a dire: vedi la risposta a pag. 11, ove scrive che sull'agonizzante si intraprenderà un'operazione ostetrica, solo se promette un indubbio risultato, cioè di salvare la vita del feto o di mitigare gravi sofferenze alla madre.

Come si vede il Kilian non può assolutamente essere messo fra i partigiani del taglio cesareo sull'agonizzante, di cui direttamente non fece cenno alcuno, limitandosi ad una discussione d'indole generale.

Timmermans poi non ha affrontato come principio il grave problema, giacchè egli pone il caso di donna gravemente viziata di bacino e nello stesso tempo agonizzante: « perchè, dico io, in simili casi non

---

(1) Kilian. « Die Geburtslehre. » Frankf., 1850, II, 12. 456, citato da Corradi.

(2) Corradi. « Dell'ostetricia in Italia. » Bologna, tip. Gamberini e Parmeggiani, 1875, pag. 699.

(3) Corradi. Ibidem, pag. 699.

(4) Kilian. « Die Geburtslehre. » Frankfurt a. Main, 1850, vol. 2.°

ricorrere all'operazione cesarea? » (1). Come si vede la questione qui è affatto spostata.

Nello stesso anno, Gallard prima (2) e Bonnet poi (3), dichiaravano che accettavano in determinate circostanze l'operazione cesarea *in extremis,* rimanendo però in un campo puramente teorico e senza ricordare Röser.

Caire, a proposito di un caso di parto forzato su eclampsica agonizzante, si fa questa domanda: « quando si ha la certezza che il feto è vivo e vitabile, e la madre è nelle strette dell'agonia, sarebbe delitto seguire il consiglio di Roser, di praticare cioè l'isterotomia ventrale, avanti che questa esali l'ultimo fiato, quando per mezzo dell'operazione si avrebbe la certezza di salvare un bambino che ha già acquistato il diritto di vivere? (4) » La risposta il Caire non la dà, ma implicitamente è favorevole.

Burns era stato già più reciso: se accade alla fine della gravidanza, si dovrà, secondo quell'ostetrico, praticare l'operazione cesarea, immediatamente dopo la morte e con maggiore probabilità alquanto prima, quando la madre non può soffrire per essere in insensibilità compiuta (5).

Osserviamo ora cosa dicono altri trattatisti, e notiamo di volo come la maggior parte degli ostetrici tedeschi non scrivano Röser, ma bensì von Röser. La data del 1840 è riferita come primo caso da Schauta (6), il quale si mostra favorevole al taglio cesareo nelle agonizzanti, e dice che la proposta era già stata fatta da Stein, Fulda, Ritgen ed altri.

Zweifel non parla del caso di Röser, ma si riferisce al lavoro di

---

(1) Timmermans. « La prolusione del prof. Giordano (Madre o figlio?) e i nostri codici. » *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino,* anno XV, vol. XLII, 1861, pag. 217.

(2) Gallard. « Sur la pratique de l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes. » *Union Médicale,* 1861, N. 18, p. 344.

(3) Bonnet. « De l'opération césarienne après la mort de la mère. » *Union Médicale,* 1861, N. 28, pag. 442.

(4) Caire P. « Rendiconto ostetrico di clinica privata per l'anno 1863, Novara. » *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino,* anno XVIII, vol. 4.° 1864, pag. 112.

(5) Giovanni Burns. « Trattato dei parti, delle malattie delle donne, ecc. » 1.ª trad. ital., vol. unico. Venezia, Marco Zanotto, 1857, cap. VIII, pag 292, 2.ª colonna.

(6) Schauta. « Grundriss der Operativen Geburtshilfe. » Wien u. Leipzig, 1892, pag. 237.

Lion (1). Lion difatti rivendica al medico il diritto del taglio cesareo su donna agonizzante (2).

Spiegelberg non fa il nome di Röser, però è favorevole al taglio cesareo su donna agonizzante (3).

Runge parla di scrittori antichi che avevano pensato alla possibilità del taglio cesareo sull' agonizzante e cita anch' esso Stein *(Lehre der Geburtshilfe,* II parte, pag. 640), Fulda *(Journal f. Geburtshilfe* di Siebold, 1826, Bd. VI, pag. 506) e Ritgen *(Kalisch Medic-gerichtl Gutachten,* Leipzig, 1859, pag. 342). Ritgen è del seguente avviso: « Intraprendere il taglio cesareo durante l'agonia della madre per salvare la vita del feto, è cosa che ripugna alla mia coscienza » (4).

Runge poi riferisce il caso di v. Röser, che riassumo:

V. Röser pel primo, il 18 Maggio 1840, avrebbe eseguito il taglio cesareo sull' agonizzante: trattavasi di un caso di gravidanza a termine con peritonite e fenomeni cerebrali; la donna aveva perduto i sensi ed era prossima a morire. Vano tentativo di rivolgimento: assistenza di due colleghi. Operata di taglio cesareo si estrae un feto asfittico, che è rianimato. La donna muore mentre si applicano le suture. All'autopsia si riscontrò peritonite e ramollimento rosso dell'encefalo.

V. Röser pose in base a ciò le seguenti indicazioni: morte inevitabile entro non più di 12 ore — quando la vita è così prossima ad estinguersi da aversi completa insensibilità — quando la liberazione per le vie naturali è impossibile; in questi casi, assicuratisi coll'ascoltazione della persistente vita del feto, si deve fare il taglio cesareo sulla donna ancor viva.

Runge dopo ciò aggiunge: « In base a queste considerazioni devo mantenere l' indicazione del taglio cesareo sulla morente e sostenere che nei casi in discorso, fu l' unica risorsa terapeutica che poteva salvare il feto » (5).

---

(1) Zweifel. « Lehrbuch d. Geburts. » Stuttgart, 1892, pag. 795.

(2) Lion. « Ueber d. Kaiserschnitt an Sterbenden » in *Deutsche Zeitschrif f. die ges. Staatsarzneikunde,* vol. 23, fasc. 1. — Rivistato in *Virchow's Jahresbericht* für 1865, vol. 4.°, pag. 316.

(3) Spiegelberg u. Wiener. « Lehrbuch d. Geburtsh. » 3.ª ediz., pag. 289.

(4) Runge. « Ueber die Berechtigung der Kaiserschnittes an der Sterbenden und der mit ihrn concurrirenden Verfahren. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1883, vol. IX, pag. 245.

(5) Runge. « Ueber die Berechtigung etc. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, ibidem, pag. 264.

Anche in un altro lavoro Runge (1) si mostra favorevole al taglio cesareo sull'agonizzante, riferendo che toglie il caso di v. Röser dall'*Jahresbericht* di Canstatt.

Il caso di v. Röser però sarebbe apparso per la prima volta nel lavoro del Lange (2) e nella *Casper Wochenschrift* (3). Questo lavoro di Lange citato universalmente, e che però non sono riuscito a procurarmi, per quante ricerche io abbia fatto, venne rivistato sul *Constatt's Jahresbericht* (4), che non scende a particolari, e loda i ricchi dati storici che in esso si riscontrano.

Fehling è anch'esso favorevole al taglio cesareo sulla donna agonizzante, che egli stesso eseguì ma non porta alcuna notizia storica (5). Così pure altri trattatisti tedeschi.

Viceversa in molti trattati francesi e belgi da me consultati, ad es. nel Cazeaux (1840), nel Moreau (1841), nel Chailly (1842), nel Manoury et Salmon (1861), nel Cazeaux e Tarnier (1867), nel Verrier (1867), nell'Hubert (1869), nell'Hyernaux (1866), nel Wasseige (1883), ecc., e così prima in altri molto divulgati tedeschi e inglesi, nel Naegele et Grenser (1869), nel Barnes (1873), nel Fritsch (1892), nell' Herff (1895), ecc., non si fa cenno di v. Röser.

L' importante quistione meritava davvero che qualcuno se ne occupasse, sopratutto per vedere se von Röser fu il primo a praticarla come è stato ritenuto. Anche qui la cosa non è esatta.

Difatti altri prima del v. Röser avrebbero eseguito il taglio cesareo nella donna agonizzante e non pochi anni prima, ma un secolo circa. Chi sfoglia il trattato del francese Bichet, edito a Parigi nel 1756 (6), vede come egli non solo conoscesse il taglio cesareo nelle donne aventi viziatura pelvica, non solo esprimesse l' opinione dell'obbligo di ese-

---

(1) Runge. « Untersuchungen über den Einfluss der Gesteigerten Mitterl. Temperatur etc. » *Arch. f. Gynäk.*, XII, pag. 38.

(2) Lange. « Krit. und Statist. Bemerk. zur lehre von Kaiserschnitt an Todten. »

(3) *Casper Wochenschrift*, 1847, N. 25-26.

(4) *Canstatt's Jahresbericht*, f. 1847, vol. 3.°, pag. 327.

(5) Fehling. « Die geburtshulflichen operationen » in Müller. » Nandbuch d. Geburtshulfe. » Stuttgart, Enke, 1889, vol. III, p. 210.

(6) Bichet. « Observation sur l'art des accouchements. Nouvelle découverte par laquelle on peut prévenir tout les funestes accidens qui arrivent aux femmes qui meurent en couche. » A Paris, chez la veuve Delormel et fils, 1758.

guire tale operazione nelle donne che avessero una malattia mortale, ma ancora come esso l'abbia eseguita più volte. Eccone le parole testuali che crediamo non inopportuno di riprodurre testualmente dal capitolo che ha per titolo: *De la matrice*, pag. 87, 88 e 89:

« Les femmes que l'on est obligé d'accoucher par l'opération césarienne, sont ordinairement mal construites par les os qui composent le bassin où les os pubis sont presque totalement unis par leurs cartilages, ce qui empêche que la femme étant construite de cette manière-là, ne peut pas accoucher; quand ces circonstances se trouvent de la sorte, l'on est obligé d'opérer pour tâcher d'avoir l'enfant en vie, et quelquefois aussi l'on sauve celle de la mère, comme je l'ai vû arriver à une, où feu M. Soumain accoucheur, la fit en présence des Maîtres Chirurgiens Accoucheurs; je fus voir le lendemain cette petite femme, qui demeuroit dans la rue de Guenegaud, Fauxbourg Saint Germain; où je trouvai que M. Soumain alloit la panser en présence des Maîtres consultans. Cette petit femme Riquette guérit fort bien sans qu'il arrivât aucun accident et l'enfant se portant bien.

« L'on est encore obligé de faire l'opération césarienne à certaines femmes qui ont le malheur d'avoir des maladies mortelles, quoiqu'elles soient bien construites, et qui n'ont pas eu des douleurs pour accoucher pendant leurs maladies. Ceux qui sont proposé pour faire cette opération, attendent que la malade soit agonisante et prête à expirer pour tâcher d'avoir l'enfant en vie, comme on le pratique ordinairement à l'Hôtel-Dieu de Paris, où je l'ai fait plusieurs fois en présence de M. Mery et M. Thibaut, tous les deux chirurgiens principaux de cet Hôpital, qui me dirent que l'on ne devoit faire cette opération que quand la femme étoit mourante et dans le dernier moment de sa vie. Les docteurs de Sorbonne l'ayant décidé de même, à cause que cette opération pouroit se rendre commune dans biens des occasions.... »

La dichiarazione non potrebbe essere più esplicita: Bichet cita le testimonianze di colleghi, parla di *plusieurs fois* non solo, ma senza arrogarsi il vanto della priorità, dice precisamente che così si faceva all'Hôtel Dieu, *comme on le pratique ordinairement à l'Hôtel-Dieu de Paris.*

La conclusione cui si può arrivare con questa breve nota storica è la seguente: che v. Röser, e non Roser come inesattamente si è scritto fin qui, eseguì un taglio cesareo sulla donna agonizzante

nel 1840; che von Röser non è stato il primo a praticare il taglio cesareo sulla donna agonizzante; che questa operazione non è stata eseguita solo in questo secolo, ma che essa invece rimonta al secolo scorso; che Bichet fu certamente uno dei primi a praticarla e più volte prima del 1758, epoca nella quale uscì alle stampe il suo lavoro sopracitato, e che altri prima di lui l'avrebbero eseguita sempre su donne agonizzanti all'Hotel-Dieu di Parigi, così che stando a tali affermazioni il taglio cesareo sulla donna agonizzante può aver avuto origine nella prima metà del secolo scorso, come indubitatamente era conosciuto e diffuso, almeno in via teorica, due secoli or sono, come risulta dall'altro lavoro, che ho più sopra riportato, del Fournier.

Quali siano le ragioni per cui anche in trattati francesi non si faccia menzione nè dell'uno nè dell'altro, per quanto riguarda questo atto operativo, io non saprei indovinare, nè con questa nota vorrei concludere che nessun altro all'infuori dei citati si sia occupato di tale argomento; a me basta col suffragio di documenti incontestabili affermare che se von Röser eseguì nel 1840 un taglio cesareo sulla agonizzante, un secolo prima circa, e per più volte, Bichet aveva praticato tale atto operativo.

Dott. CARLO DECIO

Congetture sull'epoca della introduzione del forcipe in Milano

Non intendo certo di ricercare *se* e *quando* la *volsella* d'Ippocrate, le *pinze* di Aezio o di Paolo Egineta, come il *forceps* Celsiano o l'*Alsmidac* degli Arabi e dei chirurghi dell'evo medio, in un co' *tenacoli* di Mercuriale e la *forceps longa et tersa* di Rueff, e lo *speculum trivalve* di Pietro Franco, sieno stati per avventura usati nella nostra città in epoche più o meno remote. Supponendo anche per un istante che tali ricerche approdassero ad un risultato positivo, noi non ne ricaveremmo utile alcuno, benchè tutti quelli strumenti destinati a cavare dall'utero le morte creature, abbiano per così dire preparata la strada al ritrovamento di quell'utile presidio, che occulto dai Chamberlein per lungo volgere d'anni, potè infine, allorchè fu reso a comune conoscenza, arrecare notevolissimi vantaggi nell'arte di soccorrere ai parti, che tutta può dirsi ebbe mutata (1).

Sono concordi gli storici nell'ammettere che il forcipe non entrò veramente nella pratica se non nella seconda metà del secolo XVIII, dopo cioè che in Francia e nell'Inghilterra ebbe subìte le efficaci modificazioni di Levret e di Smellie; ed il diligentissimo Corradi, pure accedendo a codesta opinione, ci informa come la tenaglia ostetrica

(1) Chi avesse vaghezza di approfondire le proprie cognizioni sul numero di siffatti strumenti che ora ci rimangono quali monumenti di terrore più che di utilità potrebbe consultare: HIPPOCRATES, lib. « De foetus mortui in utero exsectione. » — ITEM, lib. « De superfoetatione. » — CELSUS, lib. VII, cap. XXIX. — AETIUS, Tetrab. IV, ferm. IV, cap. XXIII. — MOSCHION. « Harm. Ginaecior, » cap. XIII. — PAULUS, lib. VI, cap. LXXIV. — AVICENNA, lib. III, Tract. II, cap. XXIX. — ABULCASIS, lib. II, cap. LXXVI. — PARÈ. « De generatione, » cap. XXVI. — SCULTETUS. « Armam. Chir., » tab. XVII, fig. I et tab. XLI, fig. V, indi le opere di Fournier, di Guillemeau, di Mauricoau, di Dionis, di Mesnard, non che la « Chirurgia » di Lorenzo Heister, pars II.

fosse sollecitamente accolta ed usata in Italia, ricordando a proposito le lodi che di quello strumento ci diede Don Mauro Soldo, Lettore nel Monistero di S. Vitale in Ravenna, non che i documenti dai quali emerge com' essa fosse già usata primieramente dal Nannoni Angelo nel 1764, dal litotomo norcino Benedetto Maja in Vicenza nel 1767, non che dal Vespa, dal Nannoni Lorenzo e via dicendo (1). Non sarà inutile qui il ricordare che prima ancora che i possessori del segreto si decidessero a divulgare la misteriosa tenaglia, qualcosa erane trapelato, laonde tanto nelle Fiandre, quanto in Francia sorsero invenzioni pressochè analoghe, per le quali, secondo Siebold, gli ostetrici inglesi si decisero a non più oltre occultare ciò che essi possedevano da lungo tempo. Ciò accadeva nel 1733, specialmente per opera di Edmondo Chapman (2). Se non che Giovanni Palfyn, anatomico e lettore di chirurgia nella città di Gand, a quanto ci narra il celebre Levret (3), verso il 1717 presentava all'Accademia di Parigi uno speciale strumento che aveva fatto costrurre per estrarre la testa del feto inchiodata nel bacino, e che, a quanto sembra, aveva ideato fino dal 1713.

Soltanto sei anni dopo, quell' illustre consesso approvava lo strumento ch'eragli stato presentato, e, continua il citato Levret, Palfyn ne fece eseguire parecchi esemplari che cedette a diverse persone di Parigi. Il forcipe originale di Palfyn, conosciuto anche col nome di *mani di Palfyn* componevasi di due identiche cucchiaia d'acciaio indipendenti l' una dall' altra con notevole curvatura sul piatto, e senza finestre, montate sopra due manichi di legno; esse non si incrociavano nè s'articolavano in verun modo, ma erano tenute l' una accanto l' altra, mercè un nastro che annaspava i manubri. Solo più tardi per opera d' uno sconosciuto fu aggiunto un uncino mobile ad una delle due cuc-

---

(1) Corradi. « Dell'ostetricia in Italia, ecc. » Bologna, 1874. Ma prima dei citati, altri probabilmente usarono il forcipe in Italia. Il canonico Fr. Emm. Cangiamila (« Embryologia Sacra, ecc. » Panormi, 1758) raccomandava il forcipe di Grégoire con parole d'encomio (lib. I, cap. III, pag. 9. -- Lib. III, cap. I, pag. 111) e riportando in *extenso* un editto del Protomedico della Sicilia datato da Palermo addì 17 Ottobre 1755, nel quale sotto pene speciali era fatto obbligo ai chirurghi « *ad habendum Palfynianum instrumentum a Gregorio et Petito emendatum, quo idem Gregorius, Winslowio narrante, duodecim annorum et aliquot mensium decurso, vivos plusquam septuaginta foetus extraxit,* » vieppiù ci persuade che l' uso del forcipe in Italia deve essere stato anteriore alle date esposte dal Corradi.

(2) Edmund Chapman. « Essay of Midwifery, » 1733.

(3) Levret. « Observat. sur les accouch. lab., » 1747.

chiaia allo scopo d'agevolarne l'unione. Quello strumento imperfetto lasciava desiderare qualche cosa che meglio avesse corrisposto allo scopo, quando Dussé nel 1733 (vale a dire nello stesso tempo in cui Chapman faceva conoscere il forcipe inglese), ne allungava le cucchiaia, in pari tempo ne scavava l'estremità a ciò non avessero a ledere la testa fetale, e, quello che più importa, ne incrociava le branche, che erano poi fissate con una vite imboccante alcuni fori praticati nelle branche stesse a differenti altezze, in modo da poter essere a piacimento articolate in diversi punti.

Così pure Grégoire di Parigi (e questi probabilmente ebbe conoscenza del forcipe inglese), s'adoprava a modificare la tenaglia palfyniana. La forcipe da lui ideata e che già usava nel 1739 (1), aveva le cucchiaia fenestrate, le branche incrociate e la riunione mantenuta da un pernio ad *éntablure*, le impugnature terminavano colla forma di uncini diretti al difuori. Quello strnmento mostravasi quasi come perfetto, talchè lo storico di Gottinga disse doversi considerare come il vero tipo del forcipe francese. Notisi anche che il forcipe di Dussé ebbe l'onore di essere descritto nell' Inghilterra da Alessandro Butter (1735) (2), e quello di Grégoire a sua volta per opera di Bohemer (allievo di Grégoire che portavane seco un esemplare da Parigi in Allemagna) veniva divulgato colle stampe in una dissertazione apparsa nel 1746, nella quale eziandio era raffigurato in disegno (3).

Nella descrizione poc'anzi accennata degli strumenti, delle macchine e delle suppellettili raccolte ad uso chirurgico e medico da don Ippolito Rondinelli ferrarese, lasciataci dal Lettore Mauro Soldo (Faenza 1766) evvi l' incisione in rame di un forcipe retto alla fig. 4.ª della tav. XXXV, e la dimostrazione della figura a pag. 53 dice quella rappresentare la

---

(1) Siebold. « Essai d'une histoire de l'obstétricie » trad. Herrgott. Paris, 1893, pag. 268-269.

(2) Alex. Butter. « The description of a forceps, etc., » in *Medical Essays and observations by a Society in Edinb.*, vol. III, 1735, in-8, pag. 320.

(3) Phil. Adolph. Boehmer. « Disquisitio de usu et præstantia forcipis » in *Manningham* « Artis Obstetricar. Compend. » Halæ, Magdeburgicæ, 1746. Giacomo Benigno Winslow in una tesi stampata a Parigi nel 1745, esaminando i casi in cui potevansi adoperare gli uncini, notava come sempre essi ferissero la madre, laonde altamente commendava la forcipe gregogoriana (Sue. « Essais historiques, ecc., » T. II, pag. 307. Paris, 1779). Cornelio Plevier ostetrico di Amsterdam in un' opera postuma pubblicata da Schlichting nel 1751, dice di aver usato più volte il forcipe di Grégoire, così pure Paolo Da Wind parlò del forcipe di Grégoire e di Dussé in geklemte hoofd geredt. Middelburg, 1754.

celebre tenaglia comunemente attribuita al sig. Palfyn, sebbene alcuni non manchino che ad altra persona concedono la gloria della invenzione. Evidentemente trattandosi di un forcipe articolato, non è esatta una tale dicitura, ma sta a dimostrare come i nomi di Dussé, di Grégoire, e tanto più quello di Levret, non fossero gran fatto noti al Lettor faentino, e che generalmente (ciò che del resto avvenne fino ai primi anni del corrente secolo), col nome di tenaglia palfyniana non solo intendevansi le *mani* primitive, ma ben anco le successive modificazioni.

Questo breve riassunto storico era necessario per chiarire un punto importante che riflette l'epoca della introduzione del forcipe in Milano, epoca che io spero poter dimostrare anteriore a quella assegnata dal Corradi per l'Italia intera.

***

Frugando fra i pochi ferravecchi che costituiscono l'armamentario storico del nostro Ospedale Maggiore, scampati miracolosamente all'improvvida dispersione onde andarono soggetti altri importantissimi cimeli del risorgimento della chirurgia milanese (1), potei fortunatamente trovare fra parecchi modelli di antichi forcipi, un esemplare di ciascuno dei tre suddescritti, vale a dire, le mani di Palfyn, un forcipe di Dussé ed uno di Grégoire. Il primo di questi anche per dettagli della manicatura corrisponde perfettamente a quello pubblicato da Kilian e da Witkowski (2), non porta scolpita alcuna dicitura o marca di fabbrica o per lo meno essa non è più visibile per l'usura del me-

---

(1) Un istituto di secolari tradizioni, quale è il nostro Ospedale Maggiore, avrebbe dovuto possedere un cospicuo armamentario storico, invece quasi nulla ci fu conservato dei secoli XVI e XVII, e pochissimo del secolo XVIII. Nell'anno 1773 l'imperatrice Maria Teresa donava allo stesso Ospedale una ricca suppellettile chirurgica racchiusa in varie casse di legno lavorato finamente ad intarsio collo stemma degli Absburgo. Malauguratamente la massima parte di quella suppellettile andò dispersa non rimanendoci che alcune casse vuote. Suppellettile che avrebbe in oggi costituito un prezioso documento storico anche per la industria paesana della fabbricazione dei presidi chirurgici. Tanto sulle casse quanto sugli strumenti si leggevano incise le seguenti parole: MARIÆ THERESIÆ AVGVSTÆ MEDIOLANENSI NOSOCOMII PAVPERIBVS SVBSIDIO DONVM BERNARDINO PATRE ET PETRO FILIO MOSCATIS CVRANTIBVS. Jo Angelus Floronius fecit MDCCLXXIII. La ditta Fioroni esisteva ancora in Milano nel 1811, nella contrada della Lupetta. (ASSALINI. « Nuovi strumenti di ostetricia. » Milano, 1811, pag. 49).

(2) KILIAN. « Armamentarium Lucinæ novum. » — WITKOWSKI. « Arsenal Obstetrical. »

tallo, inerente alle successive puliture, laonde lo strumento mostrasi alquanto deteriorato. Il forcipe di Dussé invece assai ben conservato reca sulla branca anteriore all' esterno sulla parte del manico incise le parole NOHL A PARIS, e una piccola áncora, probabilmente la marca dell'officina. Uguale provenienza addimostra il terzo, cioè il forcipe di Grégoire (1).

Come e quando pervennero al nostro nosocomio quegli strumenti? Se lo storico deve sopra ogni altra cosa evitare d' introdurre nella narrazione azzardate ipotesi che un esame ulteriore può completamente rovesciare, se la confidenza che deve ispirare ogni storico racconto deve rendere inutile la necessità di essere controllato da ulteriori ricerche, certamente la risposta deve rigorosamente attenersi agli enunciati principi. Ond' è che a prima giunta gran valore non pòsso attribuire al contenuto di una ordinazione del Capitolo dell' Ospedale Maggiore dell'anno 1744 (2), per la quale noi veniamo a conoscere come il celebre Bernardino Moscati, chirurgo maggiore ed incisore notomico, chiedesse alcuni strumenti chirurgici *particolari* che mancavano, laonde nel nosocomio non si potevano praticare talune operazioni. Tuttavia non dobbiamo dimenticare che sul finire del 1750 egli si era recato a Parigi, munito di un attestato del venerabile Capitolo e di una commendatizia di Gian Luca Pallavicino governatore di Milano, a ciò che in quella capitale ancor più si perfezionasse nei vari rami della chirurgia operativa. Alloggiato nella casa di Louis, segretario perpetuo dell'Accademia, vi stette per ben otto mesi, durante i quali avendo anche famigliare la lingua francese, s' acquistò subito la stima e l'affetto di molti, e specialmente del famoso ostetricante Andrea Levret, col quale strinse rapporti di verace amicizia (3).

---

(1) Sarebbe stato interessantissimo il possedere esatte notizie sull' epoca in cui lavorava l'artefice Nohl o Noel, ma ogni speranza fu delusa. Lo stesso prof. Budin che gentilmente si adoperò in tale ricerca non potè, non solo avere notizie speciali, ma neppure ritrovare qualche strumento con tale dicitura negli armamentari storici di Parigi.

(2) Le ordinazioni capitolari non sono altro che i processi verbali delle sedute del Capitolo dell'Ospedale Maggiore. Esse sono conservate in quel ricco archivio, raccolte in parecchie centinaia di volumi in foglio manoscritte, a principiare dall' anno 1447. L' Ord. Cap. in discorso è sotto la data del 20 Luglio dell'anno 1744.

(3) Freschi. « Storia della medicina in aggiunta e continuazione a quella di Curzio Sprengel. » Tomo VII, parte III, libro XII, cap. I, pag. 1099 e seg. — Verga. « Intorno all'Ospitale Maggiore di Milano nel secolo XVIII. » *Gaz. Med. Ital.*, Lombardia, anno 1871.

Già da tempo l'ostetrico parigino aveva rivolta la propria attenzione allo studio delle modificazioni del forcipe, il quale, come disse lo Siebold, consideravasi ancora come uno strumento di nuova invenzione; nel 1746 aveva trovato modo di evitare nel forcipe retto ciò che egli credeva un inconveniente, cioè quello di articolare le branche sempre alla medesima altezza (1), indi nel successivo 1747 da retto riduceva il forcipe a quella forma che comunemente suol essere conosciuta col nome di forcipe curvo, per avere le cucchiaia curvate altresì sul bordo oltre che sul piatto. Vero è che Levret fu soltanto nel 1751 che si decise a pubblicare colle stampe il suo *forceps courbe* (2), ma giova notare come egli ne avesse già fatta sommaria menzione nel 1747 (3), e come in quello stesso anno lo avesse presentato all'Accademia di Parigi, siccome risulta da un attestato rilasciatogli da Hevin segretario, datato da Versaglia il 1.° Agosto 1747, estratto dai registri dell'Accademia Reale di chirurgia di Parigi portante la data del 2 Gennaio dello stesso anno (4). Ma v'ha di più. Nella pubblicazione di Levret intitolata *Suite des observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux,* stampato per la prima volta in Parigi nel 1751, noi troviamo assai dettagliatamente riferiti sette casi in cui l'autore ebbe felicemente ricorso al forcipe curvo, e tutti anteriori all'anno 1750 (5).

Bernardino Moscati adunque negli otto mesi di dimora in Parigi, nella dimestichezza onde trovavasi con Levret certamente ebbe conoscenza di quello strumento che formava oggetto di novità, che aveva dato luogo a critiche ed a relative risposte dell'autore, strumento che ormai eclissava le viete mani di Palfyn, il forcipe retto a cucchiaia piene di Dussé, quello a cucchiaia fenestrate di Grégoire, non che l'altro modello di forcipe retto modificato dallo stesso Levret, come sopra si disse nel 1746. Nè questa io credo, potrà sembrare azzardata congettura, imperocchè non saprebbesi trovare la ragione onde Levret avesse dovuto occultare all'ospite lombardo gli studi, i tentativi nonchè

---

(1) Levret. « Observ. sur les causes et accidens de plusieurs accouchemens laborieux. » Paris, 1747. Nella ristampa del 1770, vedi pag. 98-99.

(2) Levret. « Suite des observations sur les causes et les accidens de plusieurs acconchemens laborieux. » Paris, 1751.

(3) *Ibidem.* « Obs. sur les causes, etc. » Nella ristampa del 1770, vedi pag. 103.

(4) Vedi la prefazione della suddetta opera nella ristampa del 1770.

(5) *Ibidem.* Nell'edizione del 1770 vedi le Oss. all'art. VI, pag. 163 e segg.

le stesse esperienze che andava appunto in quel tempo moltiplicando collo strumento ridotto a nuova perfezione. Già da tempo gli stranieri traevano alla capitale francese, allo scopo di perfezionare le proprie cognizioni, e se già nel 1739 Boehmer, seguendo gli ammaestramenti di Grégoire, nella dissertazione poc'anzi citata potè dire: « Vidi ejusmodi adplicationem forcipis Lutet. Paris, anno MDCCXXXIX cum cel. artis obstetricariæ Magister Gregorius, præsentibus nonnullis, quorum numero addictus eram.... » tanto più uguale accoglienza doveva Levret verso il Moscati, il quale erasi dato a conoscere non solo per grande chirurgo, ma bensì per abilissimo operatore, allorchè in presenza di molti chirurghi, nella stessa Parigi aveva brillantemente eseguita l'operazione della litotomia (1).

Sul principio dell' estate del 1751, Bernardino Moscati faceva ritorno a Milano insignito del titolo onorifico di socio dell'Accademia Reale di chirurgia di Parigi, la quale di stranieri pochissimi ne accolse durante il suo periodo di vita (1731-1793) e di italiani annoverò solo oltre al Moscati, il Molinelli di Bologna ed il Bertrandi di Torino.

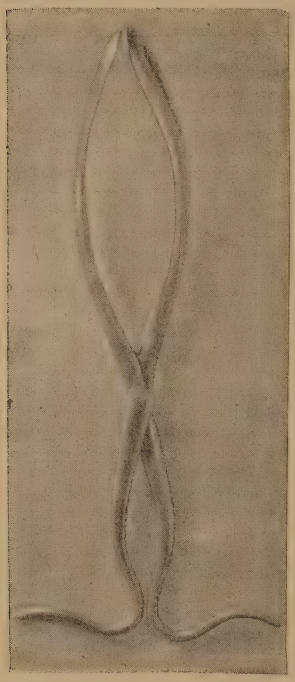
Se noi non sappiamo se egli in allora abbia con sè portato qualche strumento chirurgico, io non sono affatto disposto a credere che i tre descritti forcipi, e specialmente quelli segnati Nohl Paris siano stati introdotti nel nostro Ospedale in quella circostanza, imperocchè ripugna il supporre che Bernardino Moscati importasse dalla Francia strumenti che più non rappresentavano, come oggi direbbesi, l' ultima parola della scienza, laonde se egli stesso nel 1751 non introdusse fra noi quei forcipi francesi, e tanto meno poi le ormai viete mani di Palfyn, possiamo inclinare a credere che i medesimi fossero già usati da tempo fra le mura del nostro Ospedale, e con tutta probabilità dopo che il Moscati nel 1744 fece quella richiesta di *strumenti particolari* di cui sopra già tenni parola.

Un'ultima osservazione mi rimane a proposito dei tre accennati forcipi, cioè sullo stato di loro conservazione. In confronto del forcipe di Dussé e di quello di Grégoire, le mani di Palfyn, come già dissi, si mostrano assai deteriorate: il che ci lascerebbe pensare che queste fossero già da tempo usate nel nostro Ospedale e forse anco avanti il 1735, epoca

---

(1) Verga. Loco citato. La notizia è soffulta da un prezioso documento riportato dall'illustre freniatra milanese.

nella quale il Moscati fu chiamato a Milano dalla Università di Pisa, nè ciò in via ipotetica può rifiutarsi giacchè quelle *mani* eransi già divulgate in Parigi nel 1723. Comunque sia se anco furono presso di noi importate più tardi, assai probabilmente esse vennero usate fino al 1744, epoca nella quale il Moscati fece ricerca di quei strumenti particolari; fra i quali (1), ammesso per un istante vi fossero stati i due forcipi retti di Dussé e di Grégoire segnati Nohl, noi saremmo portati a credere che il loro ottimo stato di conservazione sia riferibile al fatto di essere stati usati soltanto per un periodo di tempo assai breve in confronto delle mani palfyniane, vale a dire dal 1744 al 1751 in cui Moscati reduce da Parigi li ebbe sostituiti colla forcipe levreziana allora in voga.



Infatti, ritornando all' armamentario storico del nostro Ospedale, mi è d'uopo aggiungere, che oltre ai tre esemplari di cui ci siamo finora occupati, esso possiede altresì due forcipi di Levret colla nuova curvatura, uno dei quali offre anche la peculiarità levreziana dal picciol rilievo giro giro al bordo interno delle cucchiaie (2). Essi non portano alcun nome o marca di fabbrica, e a dir vero sono di fattura assai grossolana in confronto ai già de-

(1) Nell'armamentario storico dell'Ospedale Maggiore esiste colla stessa marca NOHL uno Speculum trivalve di eccellente fattura.

(2) Il forcipe misura cent. 37 1[2 dall' apice delle cucchiaia fino ai manici. La distanza delle cucchiaia al punto massimo di loro concavità è di cent. 6,3. Adagiato su di un piano le cucchiaia si innalzano di cent. 7,4. Pesa gr. 925.

scritti; ed inoltre, ciò che è di capitale importanza, offrono una rimarchevole differenza col forcipe classico di Levret comunemente conosciuto, pel modo onde le branche sono articolate, unendosi cioè alla maniera inglese (Smellie), senza perciò variare nella configurazione dei manichi metallici ad uncino diretto all' esterno. A quale epoca possiamo noi riferire la fabbricazione di tali forcipi? Come possiamo spiegare la particolarità della loro articolazione? Ove furono fabbricati? Come e da chi ci vennero importati? Per soddisfare a tali domande interroghiamo lo stesso Levret.

Questi così scriveva nel 1751 (1): « J'avouerai d'ailleurs que la façon ingenieuse de joindre les deus branches du forceps par la seule pression de leurs parties moyennes, taillées en coches profondes, qui se reçoivent mutuellement » (vale a dire l' articolazione di Smellie) « devient infinitement plus commode, que la jonction par l'éntablement à mi fer; mais aussi d'une autre côté, il est constant qu'elle n'est pas si stable, non seulement par le defaut d'opposition exacte des parties supérieures de cet instrument, mais encore par le vacillement de ces mêmes parties qui est dépendent de cette forme particulière de jonction, malgré le lien qui joint ou qui tient les manches de ce forceps rapprochées. On ne peut neamnois réfuser d'adopter, à certains égards, cette espèce de jonction, mais en travaillant à la rendre plus exacte sans la compliquer ni la degrader, au reste la pratique seule peut dicter au génie les moyens d'arriver a cette perfection; j'avourerai même qui j'y ai déja travaillé en suivant ce guide fidèle, mais comme je ne suis pas encore pleinement satisfait de mes essais, je diffère pour nne autre occasion, à mettre au jour mes idées sur ce point. »

Adunque prima del 1751 per opera dello stesso Levret furono battuti alcuni de' suoi forcipi ad incastro inglese, e forse appunto in quell' epoca in cui il Moscati si trovava a Parigi, ond' è che con tutta probabilità, entrambi, od uno almeno di quei due esemplari dell'Ospedale Maggiore furono da lui stesso importati nell'epoca suddetta.

Ed in tale ipotesi tanto più mi raffermo, in quanto che sia il Kilian, sia il Witkowski nei rispettivi armamentari, non offrendoci alcuna figura che assomigli ai forcipi in discorso, vengono a dare un argo-

---

(1) Levret. « Suite des Observat., » edizione del 1770, pag. 314 e la nota a pag. 315.

mento comprovante la estrema rarità di quei modelli che ci rappresentano una fase transitoria, o dirò meglio un semplice tentativo verso una forma, che la scuola francese ebbe poscia totalmente abbandonato. La mancanza di una qualsiasi marca di fabbrica ci porterebbe a credere che quegli esemplari non fossero ancora giudicati degni di essere posti in commercio, oppure potrebbe anche darsi, vistane la rozza fattura, che essi siano stati costruiti a Milano da artefici meno esperti, sotto la direzione del Moscati, soltanto memore di quelli veduti presso Levret. In ogni modo l'influenza francese ci è palese dalla peculiarità del rilievo giro giro alle cucchiaia, non che dai manici terminanti ad uncino.

***

Da quanto venni fino ad ora esponendo parmi essere cosa quasi certa che il forcipe retto (Palfyn, Dussé, Grégoire), sia stato noto ed usato in Milano prima dell'anno 1750, e che con ogni probabilità nel 1751, o poco dopo, sia stato altresì introdotto l'uso del forcipe curvo di Levret. Comunque sia a quest'ultimo proposito mi sento in obbligo di rettificare una asserzione dello storico di Gottinga, il quale disse che l'Italia va debitrice a Giuseppe Vespa della conoscenza del forcipe di Levret; conciossiachè se l'ostetrico fiorentino ebbe campo di educarsi alla scuola di Levret, allorchè vi fu inviato dal Granduca di Toscana, noi non dobbiamo dimenticare che la di lui partenza per Parigi accadeva soltanto nel Maggio 1756, quando cioè da cinque anni, in quella medesima scuola, era stato preceduto da Bernardino Moscati (1).

---

(1) Possiamo fissare l'epoca della partenza del Vespa esaminando il *Ragionamenio* primo da lui recitato nella scuola del Regio Ospedale di S. Maria Nuova di Firenze, edito in quella città dal Bonducci nel 1761. Ivi leggiamo come al Vespa, che si congedava dal vecchio ed infermo maestro Antonio Cocchi, questi gli rivolgesse la parola: « Vivete e tornate lieto e felice, ricordatevi di me, ma non sperate di rivedermi, » e prosegue il Vespa: « Pronostico pur troppo ai nostri danni venti mesi dopo avverato. » Ora nell'elogio inserito nei *Consulti Medici* del celebre Antonio Cocchi, pubblicati in Bergamo nel 1791, per cura del Protofisico Giuseppe Pasta, leggesi che il chirurgo Cocchi morì in Firenze il 1.° Gennaio del 1758. Detraendo venti mesi arriviamo appunto al Maggio 1756, ond'è che mi permetto rilevare una inesattezza in cui incorse il prof. Angelo Filippi, che pur avendo le accennate notizie, volle il Vespa comandato di recarsi a Parigi nel 1737. (*Imparziale*, anno VII, 1877, pag. 46, Firenze).

Che se il Vespa accennò alla tenaglia levreziana in quel Ragionamento (edito in Firenze nel 1761), quasi prefazione di un intero trattato di ostetricia che poi non vide la luce, nel tempo stesso che dalla cattedra in quel medesimo anno istituita, mostrò l'utile presidio agli allievi, noi non dobbiamo dimenticare (ciò che non conobbe lo Siebold, e che però mi compiaccio di rendere noto senza scendere a particolari dettagli, i quali troveranno più opportuno luogo in un saggio storico sull'ostetricia milanese cui da tempo ho posto mano), noi non dobbiamo dimenticare, ripeto, che fra le mura del nostro Ospedale il Moscati un anno prima del Vespa, vale a dire nel 1760, iniziando un corso di istruzione ostetrica, onde in tutta Italia la nostra città fu seconda soltanto a Bologna nella cattedra di questo ramo dello scibile medico (1), precorse il collega fiorentino nel divulgare colle proprie lezioni la conoscenza e l'uso del forcipe levreziano, intorno al quale del resto numerose pubblicazioni uscivano nel contempo dai torcolari ultramontani.

---

(1) In quel tempo nel nostro Ospedale fiorirono gli studi medico-chirurgici. Una ordinazione del 17 Settembre 1759, ci dimostra la sollecitudine del Capitolo il quale rilevando che « per un'opera tanto vantaggiosa al pubblico, e di profitto alla gioventù, sarebbe convenuto se gli dettasse anche il trattato *de partu* » passava a Bernardino Moscati « le più ufficiose insinuazioni, perchè collo stesso zelo e premura con cui si è sempre dimostrato impegnato per il maggior avanzamento di detti giovani, e benessere del pubblico volesse accingersi anche al detto trattato. » Altri documenti provano che l'insegnamento ebbe effetto nel 1760. Il Moscati già nel 1752 vi aveva fondato una scuola di erniotomia, nel 1755 un'altra di litotomia, e nel 1757 un'Accademia, che negli intenti avrebbe dovuto assomigliare alla omonima istituzione parigina.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Pavia
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche

SU DI UN CASO DI CORIO-EPITELIOMA MALIGNO

(DECIDUOMA MALIGNO)

PEL

Dott. GIUSEPPE RESINELLI

Aiuto e Docente.

Lo studio di questa veramente singolare neoplasia fu in questi ultimi anni oggetto di tante osservazioni e ricerche da parte di ginecologi e di anatomici, che di essa ormai abbiamo una letteratura così ricca da competere con quella degli argomenti noti già da tempo e più discussi e studiati. Tali studii in Italia esordirono con due lavori fatti nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia per opera del professor Pestalozza, che con tre osservazioni diligentemente studiate delineava il caratteristico andamento clinico della malattia determinata dalla nuova forma di neoplasma, che le osservazioni di Sänger, di Chiari, di Pfeifer avevano messo in luce. Di poi le osservazioni si succedettero numerose, e, rimanendo sempre fisso il caratteristico quadro clinico delineato, nuove e più corrette interpretazioni si accrebbero sulla struttura e sulla genesi del tumore. Tre nuovi casi osservati nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze erano nel 1894 comunicati alla Società ostetrico-ginecologica italiana dal prof. Pestalozza, che l'anno appresso in un esteso ed interessante lavoro, aggiungendo le osservazioni fatte sul caso di Superno, colla competenza che gli veniva dallo studio di 7 casi di diversi tipi dell'eguale neoplasma, riassumeva i risultati delle ricerche fino allora fatte sull'argomento (1). In quel-

---

(1) Pestalozza. « Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero. » *Morgagni*, Settembre 1891. — « Di un raro esito remoto della mola vescicolare. » *Morgagni*, Ottobre 1891. — « Sul sarcoma deciduo-cellulare. » *Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia*, vol. I, Ottobre 1894. — « Sul significato patologico degli elementi coriali e sul così detto sarcoma deciduo-cellulare. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, Novembre 1895. — Tibaldi. « Cancro ematode polipiforme. » *Gazzetta degli ospedali*, 19 Luglio 1882, N. 58.

l'epoca ed in questi stessi *Annali* col nome di sarcoma deciduo-cellulare (1) io riferivo un nuovo caso di tumore delle villosità coriali, ed a quel lavoro ed alla pubblicazione di Pestalozza rimando per la letteratura precedente al 1895. Coi casi osservati nella Clinica di Pavia e con quelli osservati nella Clinica di Firenze si compendia tutta la letteratura italiana dell'argomento, al quale per altro appartengono i casi di Tibaldi ricordato da Pestalozza e quello di Rattone da me riferito. Un numero ben più notevole di pubblicazioni sul cosidetto deciduoma maligno si ebbe in questi ultimi tre anni sopratutto in Germania, così che i casi noti da 41 che erano sulla fine del 1895 (Pestalozza), raggiunsero la cifra di 76 sulla fine del 1897 (Pick) ed ormai esse si avvicinano al centinaio.

Tutte le nazioni vi parteciparono, come appare dal recentissimo lavoro di Marchand (2), nel quale trovasi raccolta, studiata e discussa tutta la letteratura dell'argomento dal 1895 fino a questi ultimi giorni. Non vale perciò il prezzo dell'opera che io qui la rammenti partitamente, sopratutto poichè essa fu gia minutamente riportata nelle precedenti pubblicazioni di Fraenckel, di Eiermann e di Pick (3). Il progressivo aumento di tali pubblicazioni è da attribuirsi in parte all'essere l'affezione meno rara di quanto da prima si credeva, in parte alla più esatta conoscenza che abbiamo oggidì dei caratteri clinici ed anatomici della neoplasia, in parte infine allo speciale interesse che lo studio di essa viene a presentare sia per riguardo alle cause determinanti lo sviluppo della neoplasia, sia e, sopratutto, in riguardo al posto che le spetta fra i tumori più noti, ed alla origine di essa fetale o materna. Quest'ultima questione diede luogo a nuove ricerche ed a nuovi studii non solo nel campo anatomo-patologico, ma e principalmente nel campo normale.

---

(1) Resinelli. « Del sarcoma deciduo-cellulare. » *Annali di ostetricia e ginecologia*, Novembre 1895. — Rattone. « Sul deciduoma. » *L'Ateneo medico parmense*, anno IV, 1.° trimestre 1890, pag. 36.

(2) Marchand. « Ueber maligne Chorion-Epiteliom, nebst Mittheilung von 2 neuen Fällen. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIX, pag. 173.

(3) Fraenkel E. « Malignen Tumoren des Chorionepithels (sogenannte deciduale Sarcome). » *Sammlung Klinischer Vorträge*, N. 180, Leipzig, 1897. — Eiermann A. « Der Gegenwärtige Stand der Lehre vom deciduoma malignum mit besonderer Berucksichtigung der Diagnose und Therapie. » Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Frauenheilk. Geburtsh. herausg. v. Dr. M. Graefe, II Bd., Heft 1-2, Halle, 1897. — Pick. « Drei Fälle von malignen Tumoren des Chorionepithels. » Diss. Breslau, 1897.

Accettata infatti ormai da tutti l'opinione che lo strato di Langhans costituente in parte il rivestimento del villo sia di natura epiteliale e di origine ectodermica fetale, discussa ancora è non solo la origine, ma anche la natura dello strato sinciziale o plasmoidale: su tale argomento mi si offrirà occasione di ritornare più innanzi, basti per ora accennare come in proposito le opinioni siano divise in tre campi; da alcuni si ritiene il sincizio di natura epiteliale e derivato dall'ectoderma fetale: da altri lo si ritiene pure di natura epiteliale, ma di origine materna e derivato da modificazione dell'epitelio della mucosa uterina, da altri infine pure di origine materna, ma di natura connettivale e derivato dall'endotelio vasale. È evidente che la soluzione del problema non può attendersi se non dalla embriologia, e solo lo studio di uovi umani nei primissimi stadii di sviluppo potrà condurre a conclusioni definitive; i reperti sugli animali non sono sufficienti a risolvere la questione. La conoscenza delle neoplasie che dal rivestimento delle villosità coriali derivano, se da una parte risvegliò lo studio di questo dettaglio embriologico, dall'altra contribuì ad indirizzarne le ricerche. In altri campi la patologia fu guida alla fisiologia ed alla anatomia, ed anche in questo, a mio avviso, la dimostrazione embriologica dell'origine del sincizio nell'uovo umano trarrà argomenti di non lieve importanza dalla istologia dei così detti tumori corio-epiteliali.

Nella seduta del 15 Luglio testè scorso io presentavo alla Società medico-chirurgica di Pavia i preparati di un caso di così detto deciduoma maligno occorso alla mia osservazione sulla fine del 1897; col caso da me già precedentemente illustrato esso mi offerse l'occasione di studiare da vicino le due forme anatomicamente distinte da Marchand, e perciò mi pare ora tanto più utile il riferirne non solo per portare un nuovo contributo di casuistica, ma anche perchè i dettagli anatomo-patologici del nuovo caso avvalorano le conclusioni di Marchand.

Sisti Maria, d'anni 29, maritata, contadina, nata a Villabiscossi, domiciliata a Casellaro de' Giorgi, viene accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 1.° Settembre 1897 col N. 3418. Nata da famiglia sana, non sofferse altra affezione all'infuori di adenopatia alla regione cervicale nell'infanzia. Mestruata in modo normale all'età di 17 anni, lo fu di poi sempre regolarmente per periodo, quantità e durata; le mestruazioni erano abbondanti della durata di 8 giorni circa. Fu gravida quattro volte, e le gravidanze presentarono quasi tutte

delle irregolarità: la 1.ª circa sei anni sono, ebbe esito di parto prematuro al 7.° mese; il bambino nacque vivo e vive tuttora; la 2.ª si svolse nell'anno successivo ed ebbe esito di parto normale a termine; la 3.ª, che seguì quasi immediatamente, si interruppe alla fine del 6.° mese, il bambino nacque vivo e morì poco dopo; la 4.ª giunse normalmente fino al termine con parto normale. I puerperii furono tutti fisiologici, e la donna potè allattare i suoi bambini. Ai primi del Marzo ultimo scorso comparve la mestruazione regolare, e dall'insorgere di lievi fenomeni simpatici la donna si ritenne nuovamente gravida; infatti nell'Aprile le mestruazioni non comparvero. Circa alla metà di Maggio un mattino mentre la donna attendeva alle sue ordinarie occupazioni fu colta da emorragia, che la costrinse a mettersi a letto; tenne il letto per due o tre giorni, ma poi, benchè la perdita sanguigna continuasse, si alzò e riprese i suoi lavori di casa; lo scolo sanguigno da prima fluido più tardi fu accompagnato ad emissione di coaguli. Qualche giorno dopo perdette qualche vescichetta e più tardi un vero ammasso sotto forma di mola vescicolare. L'uscita di questa non fu accompagnata da forte emorragia tanto che la donna tenne il letto per breve tempo ed il medico non credette il caso di alcun intervento e si limitò alla somministrazione di ergotina, che fu continuata per qualche tempo. Le perdite sanguigne diminuirono, ma non cessarono affatto, continuando sempre sotto forma di leggero stillicidio, talvolta più, tal'altra meno copioso, e la donna poco curante della sua salute e stretta dai bisogni, continuava ad attendere alle sue domestiche occupazioni senza tampoco rivolgersi al medico per guarire del disturbo che da tempo l'affliggeva. Quindici giorni prima dell'ingresso in Clinica un senso di molestia e quasi di formicolìo portò l'attenzione della donna ai genitali, ove in corrispondenza all'ingresso vaginale essa avvertì una tumefazione poco dolente, che andò di giorno in giorno aumentando di volume, mentre la perdita dai genitali da prima di colore rosso oscuro quale di sangue mestruale si era fatta color caffè, senza essere per altro spiccatamente fetida. Il medico, visitata la donna giudicò che la tumefazione fosse dovuta a raccolta purulenta, ed inviò l'ammalata alla Clinica.

Stato presente. — L'ammalata di statura piuttosto alta e ben conformata presenta discreta nutrizione, colorito pallido della cute, pallide le mucose visibili. Nulla di notevole rilevasi all'esame del capo nè del collo: nessuna alterazione rilevasi all'esame dell'apparato respiratorio nè circolatorio. L'area di ottusità epatica e quella splenica sono nei limiti normali; la donna non si lagna di alcun dolore, non ha tosse, nè ne ebbe prima d'ora; nelle urine si dimostra l'esistenza di lieve traccia di albumina, ma non si rinvengono elementi renali nei sedimenti.

L'addome è trattabile, indolente in tutti i suoi quadranti ed in esso non rilevasi alcuna anormale tumescenza.

Messi allo scoperto i genitali esterni e divaricate le grandi e piccole labbra, appare subito all'introito vaginale e precisamente nella parete antero-laterale destra della vagina una tumescenza del volume di una nocciuola, rivestita della mucosa tesa di colorito rosso vinoso, a confini nettamente limitati, di consistenza elastica, indolente, con oscuro senso di fluttuazione. Separata da un tratto di mezzo centimetro di mucosa apparentemente sana, si avverte una seconda tumescenza che si prolunga nel canale vaginale lungo la parete antero-laterale destra del volume di mezzo uovo di gallina, pure a confini ben delimitati, coperta dalla mucosa vaginale tesa, di colore rosso vinoso, leggermente dolente alla pressione, elastica con senso di fluttuazione. Questa tumescenza occupando il canale vaginale nel suo tratto inferiore e mediano, rende poco agevole la esplorazione, colla quale per altro si riesce ad avvertire la porzione vaginale del collo di forma normale, rammollita al suo apice, con orificio non permeabile al dito; il corpo uterino aumentato di volume come in una gravidanza alla fine del secondo mese è in antiflessione leggermente inclinato verso destra, dove il legamento largo appare più resistente e dolente alla pressione. Posteriormente all'utero in corrispondenza allo spazio del Douglas si avverte una tumescenza del volume di un grosso uovo di gallina, elastica, di superficie liscia, dolentissima alla pressione, che appare distintamente separata dal corpo dell'utero e che presenta verso destra una tumescenza più piccola pure elastica. Tanto l'utero quanto le due tumescenze sopra descritte, godono di scarsa mobilità e sono tutte incuneate nella pelvi; anche il legamento largo di sinistra specie nella sua parte superiore presentasi alquanto resistente e come duro per infiltrazione o per turgescenza dei plessi venosi. Si noti che fra la tumescenza maggiore della parete vaginale anteriore e la porzione vaginale del collo uterino il dito esploratore avverte distintamente la mucosa vaginale sana, e priva di nodi, solo alquanto più resistente nella norma. L'ostacolo dato dalla sporgenza della parete vaginale anteriore, la turgescenza e la tensione di questa impediscono di mettere allo scoperto con valve la porzione vaginale del collo e di esaminare la cavità uterina.

I precedenti anamnestici e sopratutto la interruzione abortiva della gravidanza colla espulsione incompleta di una mola vescicolare, la persistenza dello scolo sanguigno dai genitali da allora ed in modo continuo per più di tre mesi, infine la comparsa di nodi alla parete vaginale, senza alcun rialzo febbrile inducevano facile il sospetto che si trattasse di una di quelle forme neoplastiche descritte colla denominazione di sarcoma deciduo cellulare, deciduoma maligno, sincizioma maligno, epitelioma delle villosità coriali. Ad accertare però tale concetto diagnostico era strettamente necessario l'esame microscopico del tumore, ma essendo reso assai disagevole l'esportare frammenti del probabile tumore uterino, per le difficoltà di mettere in luce il collo

uterino e di stirarlo in basso in causa della sporgenza che veniva a far in vagina il nodo maggiore, si decise di incidere e di esaminare il tessuto che costituiva detti nodi, al che si procedette il 4 Settembre.

Messa allo scoperto con una valva di Simon la parete antero-laterale destra della vagina che è sede delle tumescenze neoplastiche, si fa sulla minore di queste, che risiede in basso, una incisione che mette allo scoperto un tessuto rosso brunastro, spugnoso, sommamente friabile, inzuppato di sangue, che si esporta col cucchiaio. Si incide anche la maggiore tumescenza, la quale pure è costituita da tessuto spugnoso imbevuto di sangue; si esporta una certa quantità di questo tessuto colle forbici e col cucchiaio e si nota che esso si addentra profondamente nel connettivo paravaginale fino a ridosso della branca ischio pubica. Dalla superficie cruentata sgorga il sangue in sì gran copia da riprodurre esattamente ciò che succede alla superficie uterina al distacco della placenta; la compressione e lo zaffo non valgono a frenare l'emorragia; il sangue non sgorga da vasi incisi, ma bensì da vere lacune come da seni venosi; si frena l'emorragia con punti di sutura applicati a tutta profondità e collo zaffo di garza jodoformica, mentre al disopra la parete vaginale incisa viene ricucita con punti di sutura. L'ammalata non presenta alcun particolare disturbo, nè rialzo febbrile, dopo 48 ore si toglie lo zaffo e si constata che ogni stillicidio sanguigno è scomparso e dopo sei giorni si tolgono i punti superficiali e profondi.

Dei pezzi esportati vengono fatti preparati per dilacerazione, dai quali tosto appare come in mezzo a gran copia di sangue si trovino dei tratti di tessuto formati quasi esclusivamente da masse protoplasmatiche con molteplici nuclei e da cellule grandi sparse frammezzo alla gran copia di sangue. Il carattere degli elementi sinciziali, il carattere degli elementi cellulari, non lasciano dubbio alcuno che si tratti di una forma neoplastica identica a quella descritta col nome di epitelioma delle villosità coriali. L'esame delle sezioni ottenuto previa inclusione confermò pienamente tale reperto.

Frattanto il giorno 10 Settembre, l'ammalata senza aver avuto nè brividi, nè rialzi febbrili, nè dolore alcuno al torace, con qualche colpo di tosse emette degli sputi sanguinolenti di colore rosso brunastro, quasi vinoso che all'esame microscopico presentano in gran copia globuli rossi e cellule degli alveoli polmonari di cui molte ripiene di granuli di pigmento; l'esame più volte ripetuto degli escreati non potè mai scoprire elementi epiteliali che potessero essere riferiti al neoplasma. All'esame del petto mentre non si rilevavano alterazioni evidenti della risonanza alla percussione, si avvertiva respiro aspro da ogni parte, e rantoli a medie bolle massime ad entrambe le basi polmonari.

Il 12 Settembre si constata la comparsa di un nuovo nodo neoplastico sulla parete vaginale antero-laterale sinistra; il nodo maggiore

primitivo va ingrossando di giorno in giorno così da occupare e distendere tutta la vagina.

La natura del tumore, la constatata esistenza di lieve infiltrazione dei legamenti larghi, la esistenza di nodi metastatici vaginali, non lasciavano dubbio alcuno sulla assoluta controindicazione a qualsiasi intervento operativo; il rapido peggioramento dell'ammalata accertò la correttezza di tale condotta. Dopo pochi giorni i nodi vaginali si ulcerarono dando luogo a copiose perdite di sangue che furono frenate col tamponamento; a poco a poco andarono accentuandosi i fenomeni polmonari; le superfici ulcerate vaginali benchè deterse con soluzioni debolmente disinfettanti, acquistarono aspetto gangrenoso; comparve febbre iniziantesi con brivido e che raggiungeva a volte 39. 5, a tipo remittente irregolare, che si mantenne però fino alla morte; tratto tratto copiose perdite di sangue e dai nodi ulcerati vaginali e dalla cavità dell' utero, andarono aggravando le condizioni dell' ammalata che venne a soccombere l' 8 Ottobre 1897 alle ore 19. 30, cioè circa 4 mesi dopo l'espulsione incompleta della mola e meno di due mesi dopo lo comparsa dei nodi metastatici vaginali.

L'autossia venne eseguita il 10 Ottobre alle ore 8, cioè circa 36 ore dopo la morte della donna.

Il cadavere regolarmente conformato nello scheletro, presentasi notevolmente emaciato, con segni di incipiente putrefazione. Nulla di particolarmente notevole rilevasi all' esame della teca cranica; il cervello presentasi notevolmente anemico; nulla di notevole rilevasi al collo, alla ghiandola tiroide. Aperto il torace si notano aderenze pleuriche di antica data al polmone destro e versamento nel cavo pleurico di circa mezzo litro di sierosità tinta in giallo rossigno; a sinistra il polmone è affatto libero da aderenze ed ivi il versamento, dell'istesso colore giallo rossigno, è di quasi un litro; tolti i polmoni dal cadavere si osserva che essi sono sparsi in ogni parte di nodi di colore rossigno, dal volume di una lenticchia a quello di un cece, duri, la maggior parte in corrispondenza della superficie pleurale, sulla quale fanno un rilievo mummulare duro, come un callo; incisi questi nodi appaiono formati da un nucleo centrale fatto da un coagulo sanguigno e da una zona periferica, di colore scuro che degrada lentamente nel tessuto polmonare normale. Questi nodi sono sparsi in quantità pressochè eguale in entrambi i polmoni, i quali come tutti gli altri visceri mostransi pallidi, anemici. Piccola quantità di liquido sieroso limpido trovasi nel pericardio; il cuore è flaccido, gialliccio, ma non presenta alterazioni notevoli nè al miocardio, nè all' endocardio, nè ai suoi orifici. Aperto il cavo addominale vi si ritrova scarso liquido citrino limpido, le anse intestinali pallide, libere da qualsiasi aderenza non presentano alcuna particolare alterazione, sano mostrasi pure il peritoneo viscerale e parietale; non rilevansi ghiandole ingrossate lombari; il fegato di volume

normale pallido gialliccio, non presenta alcun nodo; normale è la milza; i reni pallidi e giallicci sono pure liberi da metastasi.

Spaccata la sinfisi del pube si estraggono tutti gli organi genitali per procedere con maggiore minutezza al loro esame. Nel distaccare le parti molli dalla branca ischio pubica destra si nota che il neoplasma non era limitato alla parete vaginale, ma infiltravasi profondamente nel connettivo circostante, ed aveva invaso anche il periostio della branca ischio pubica medesima alla quale rimasero aderenti brandelli di tessuto neoplastico.

All' esame del pezzo così esportato spiccano subito le due ovaia trasformate entrambe in cisti multiloculari: la destra più voluminosa ha un diametro massimo longitudinale di cm. 12, uno trasverso di cm. 7 ed uno antero posteriore di cm. 5, ha superficie liscia tesa con dolci solcature che rivelano le interne concamerazioni rilevabili anche dalla diversa consistenza che appare al tatto; la sinistra del volume di un grosso uovo di gallina con un diametro longitudinale di cm. 7, il trasverso di 5 1[2 e l'antero posteriore di cm. 4, essa pure a superficie liscia, a consistenza elastica alquanto diversa perchè la cisti presenta varie concamerazioni. Incisa la cisti dell'ovaio destro essa mostrasi formata da molteplici cavità a contenuto in talune liquido e fluido, in altre denso e colloideo; in corrispondenza ad uno dei setti divisori di due sacche si nota un nodo di colore rossigno, molliccio che ricorda l' aspetto di un grosso corpo luteo della gravidanza a cui la speciale situazione abbia fatto assumere una forma allungata quasi piramidale: l'ovaio sinistro è formato da una grossa cisti e da 3 o 4 altre più piccole: le tube sono entrambe di lunghezza, forma e consistenza normali.

L'utero presentasi aumentato di volume nel corpo, di forma leggermente tondeggiante, come in una gravidanza alla fine del 1.° mese, misura una lunghezza di cm. 9,5, una larghezza alle inserzioni tubariche di cm. 7,5 ed uno spessore di cm. 4 1[2. La sua superficie esterna è liscia, non presenta gibbosità, il peritoneo che lo riveste ha aspetto normale e solo al tatto si rileva una certa maggiore cedevolezza della parete anteriore in confronto alla posteriore. La porzione sopravaginale e la porzione vaginale del collo hanno forma e consistenza affatto normali. La vescica fortemente retratta e con parete muscolare spessa trovasi spostata in alto e respinta verso sinistra da una voluminosa tumescenza del volume di mezza arancia liscia a confini ben limitati, che occupa il connettivo paravaginale e che mostrasi in continuità colla tumescenza maggiore vaginale ulcerata. All' esterno di questo voluminoso nodo e verso destra si osserva una massa di tessuto friabile, resto del nodo neoplastico che era fittamente aderente alla branca ischio-pubica destra. Inciso il voluminoso nodo sopradescritto esso mostrasi costituito da un vasto ematoma di data non recente, alla cui periferia vi sono tratti di tessuto rossigno evidentemente neoplastici.

Spaccato il canale vagino-uterino lungo la parete posteriore sulla linea mediana si scorge tosto che mentre tutta la faccia posteriore non presenta alterazioni degne di nota, l' anteriore presenta due pro-

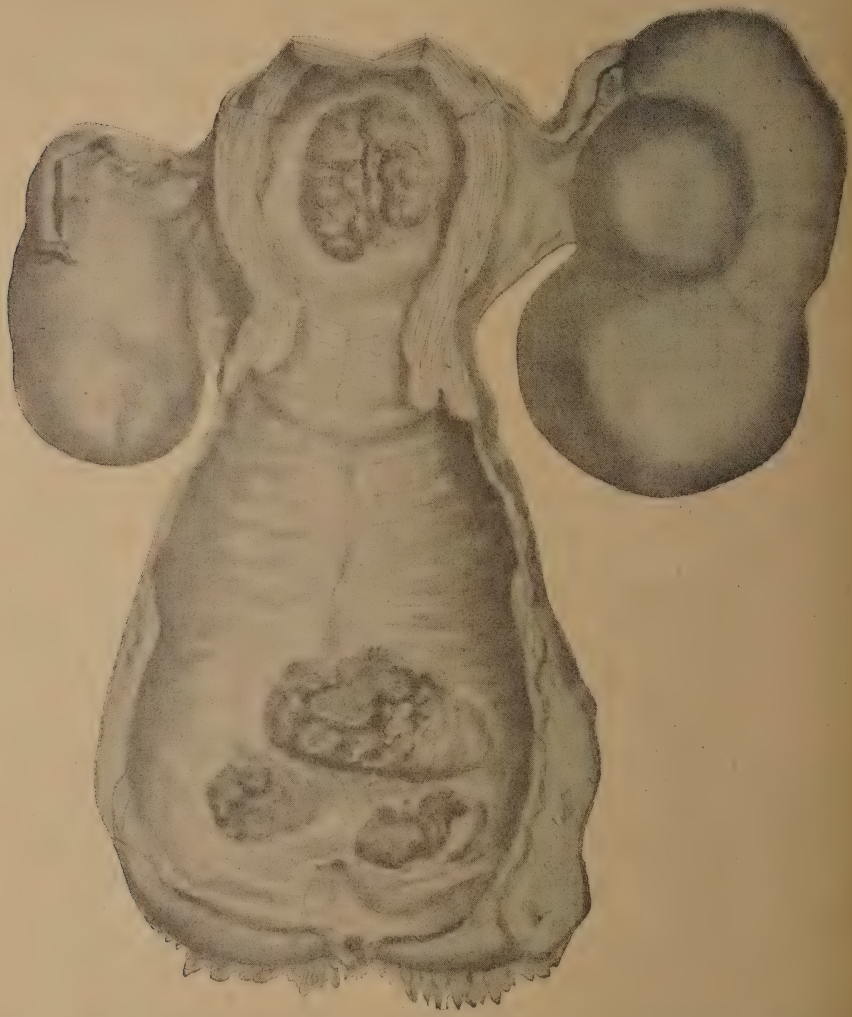


Fig. 1.ª — Corio-epitelioma dell'utero con nodi vaginali metastatici parzialmente ulcerati e piccole cisti ovariche. — L'utero e la vagina vennero aperti lungo la linea mediana della faccia posteriore.

duzioni morbose nettamente staccate l' una dall' altra, e precisamente una nella cavità del corpo dell'utero, l'altra all'estremo inferiore della vagina (fig. 1.ª).

La parete anteriore del corpo uterino dal fondo fino a circa mezzo

centimentro dall'orificio uterino interno è occupata da un tumore che sorge da tutta la faccia anteriore, a superficie irregolare per solchi, che lo intersecano in vario senso, nettamente limitato al suo intorno dalla mucosa uterina d'aspetto pressochè normale, solo ricoperta da essudato grigiastro; il tumoretto ha colorito grigiastro, molliccio e friabile così che al solo esame col tatto se ne staccano dei frammenti non presentando nessuna aderenza fra loro. Nessuna alterazione degna di nota rilevasi nella parete posteriore dell'utero ed affatto normale mostrasi la cavità cervicale. Incisa la parete anteriore dell'utero lungo il tratto occupato dal tumore, si osserva che mentre la parete muscolare è spiccatamente ipertrofica posteriormente, si assottiglia in modo notevole verso il fondo e nella parete anteriore, ove si immedesima colle parti profonde del neoplasma, che in parte la invade, lasciando però di normale aspetto gli strati superficiali per lo spessore di circa 2 millimetri (fig. 2.ª). Normale mostrasi il parenchima del collo dell'utero.

Fig. 2.ª — Sezione mediana antero-posteriore dell'utero affetto da corio-epitelioma.

La vagina nella sua metà superiore ed in tutta la sua parete posteriore ha aspetto e consistenza normale; la parte bassa invece della parete anteriore presentasi notevolmente alterata per tre masse neoplastiche grigiastre, vastamente ulcerate, costituite in gran parte da tessuto in isfacelo, fetido; la maggiore di queste, situata pressochè nel mezzo, si approfonda nel tessuto e si unisce col grosso nodo emorragico descritto alla faccia anteriore del canale vaginale; le altre due masse meno voluminose e meno profonde sono situate sulla parete vaginale ai lati ed un po' all'esterno del meato urinario. Il tessuto che forma questi nodi è così alterato, che col dito si stacca come una poltiglia grigio rossigna fetida, lasciando in suo luogo una profonda cavità.

Tutto all'intorno, in modo da fare ai nodi un limite netto, la mucosa vaginale non presenta alterazione di sorta ed il canale uretrale

mostrasi libero da qualsiasi infiltrazione, solo alquanto allungato e deviato a sinistra assieme alla vescica dal vasto nodo emorragico sopra descritto.

I genitali esterni non presentano nessuna alterazione degna di nota.

Esame microscopico. — Prima di fissare la massa totale del pezzo esportato dal cadavere in liquido del Müller, si tolgono da esso piccole porzioni per fissarle in diverso modo, e per tale scopo mi servii della soluzione concentrata di sublimato corrosivo, del liquido di Flemming, del liquido di Hermann, dell'alcool assoluto. I nodi metastatici vaginali erano nel cadavere in così avanzato sfacelo, che non mi offrivano l'opportunità di fare su di essi nessuna indagine, ma in cambio mi potei servire con grande vantaggio dei pezzi esportati dalla vivente ed all'uopo fissati in vario modo. Dal pezzo completo prima della fissazione in liquido del Müller feci ritrarre il disegno (fig. 1.ª) che riproduce con fedeltà i caratteri macroscopici ed i rapporti del neoplasma: i rapporti del tumore colla parete uterina appaiono poi in particolar modo distinti nella fig. 2.ª, presa dal pezzo dopo la fissazione.

Per la trattazione delle sezioni mi servii di tutti i metodi che la tecnica microscopica insegna, dall'esame dei pezzi per dilacerazione, nella soluzione fisiologica, alle sezioni ottenute previa inclusione in paraffina. Così pure mi servii di varî metodi e di varî mezzi di colorazione: colorazioni in massa col carmino boracico e colla ematossilina Delafield, colorazione delle sezioni libere od appiccicate con carmino neutro, con carmino alluminico, con picrocarmino, ecc.; con bleu di metile, con violetto dalia, ecc.; con ematossilina Bizzozero, colla safranina sola o combinata con altre colorazioni. In generale la sostanza colorante che diede migliori preparati fu la ematossilina, principalmente combinata coll'azione dell'eosina, o dell'orange, o della vesuvina e sopratutto col metodo van Gieson. I diversi trattamenti ed i diversi mezzi d'esame permisero pertanto di mettere meglio in chiaro i caratteri del neoplasma e l'intima struttura dei suoi elementi.

Il tumore uterino mostrasi in gran parte formato da una massa in isfacelo, sopratutto la parte di esso libera e centrale: quivi frammezzo ad ammassi di globuli sanguigni più o meno alterati, si trovano striscie di fibrina e qua e là sparsi elementi neoplastici in isfacelo; solo alla periferia del tumore e sopratutto nelle parti di esso che poggiano sulla parete muscolare è dato di scorgere nettamente la struttura del tumore. Alla periferia si nota che la mucosa della cavità uterina si spinge sul neoplasma a ricoprirlo, venendo essa a mancare solo là dove incominciano le masse necrotiche. Questo tratto di mucosa che si protende a coprire il tumore mostrasi rivestito da epitelio cubico, qua e là caduto, con elementi granulosi e nuclei che assumono poco la sostanza colorante: il tessuto della mucosa presentasi formato da connettivo giovane con copiosissima infiltrazione di leucociti e ricchezza notevole

di vasi. Si scorgono in essa discretamente copiosi tubi ghiandolari rivestiti da epitelio bene conservato; l'infiltrazione leucocitaria va aumentando verso gli strati profondi, nei quali fra un tessuto lasso incominciano ad apparire grandi cellule con nucleo ben colorato, alle quali fa seguito la massa del tumore. In esso appare subito l'aspetto emorragico che lo caratterizza, essendo esso qua e là interrotto da coaguli di sangue, che talora ne dissociano affatto gli elementi; questi appaiono tosto distinti in due forme, elementi grandi a forma irregolare, ma sopratutto a striscie di diversa larghezza e di diversa configurazione, formati da protoplasma senza membrana involgente, bene colorabile e racchiudenti dei nuclei di diversa grandezza, la maggior parte forniti di nucleoli e tutti intensamente colorati; fra questi elementi o vere masse plasmodiali o sincizi, e soventi in loro unione, trovansi cellule grandi con limiti ben netti a protoplasma granuloso chiaro, con uno di rado due nuclei meno intensamente colorati dei nuclei del sincizio e talora in processo di mitosi. Sia per la vicinanza della massa in isfacelo, sia per essere questi pezzi tolti dal cadavere circa trentasei ore dopo la morte, i preparati poco si prestano ad un esame minuto della fine struttura degli elementi. Esso permette però di constatare i rapporti che il neoplasma ha contratto colla parete muscolare: infatti si scorge che il tumore ha invaso il tessuto muscolare i cui fasci divaricati e quasi disciolti trovansi in avanzata degenerazione fra le masse neoplastiche ed i coaguli sanguigni, di guisa che la parete uterina, che anteriormente è spessa da 11 mm. a mm. 15, posteriormente e sopratutto verso il fondo è ridotta ad uno spessore di circa mm. 3. Gli strati superficiali e sottoperitoneali sono meglio conservati e formano uno strato abbastanza resistente. In vicinanza però al tumore si osserva che gli elementi di esso anche in questo caso, come nell'altro da me antecedentemente descritto, hanno invaso in modo disperso gli interstizii fra i fasci muscolari. Scorgonsi infatti anche ad una certa profondità fra fasci muscolari bene conservati ed anche fra fibra e fibra infiltrate a piccoli gruppi od anche in modo affatto isolato grosse cellule, di cui talune con nucleo in mitosi e corrispondenti a quelle trovate in grembo alla massa neoplastica. Dall'esame della parete uterina così infiltrata in vari punti mi risultò che gli elementi del tumore che invadono il tessuto muscolare sono prevalentemente le cellule distinte, di rado le masse plasmodiali od i sincizi, e mentre come più innanzi vedremo, principalmente nei nodi metastatici, il sincizio mantiene sempre determinati rapporti cogli elementi cellulari, qui invece questi sembrano godere di una certa indipendenza. I confini del neoplasma sono caratterizzati da una ricchissima infiltrazione leucocitaria e da una spiccata rete di vasi sanguigni. Per quanto abbia insistito nell'esame del tessuto muscolare, in vari punti, non mi fu dato di rintracciare nel lume dei vasi delle masse neoplastiche quali quelle

che notai nei vasi del polmone. In grembo al tumore invece i vasi sanguigni sono così alterati che di essi solo per brevi tratti è dato seguire la parete, essendo la maggior parte caduta e riversando il sangue in vere lacune. Sulla cavità del corpo uterino non occupata dal tumore, la mucosa presenta i caratteri notati in quella che sul tumore si protende, salvo una minor ricchezza di infiltrazione leucocitaria, più abbondante formazione di tubi ghiandolari ed epitelio di rivestimento meglio conservato. Normale affatto mostrasi la mucosa che riveste il canale cervicale.

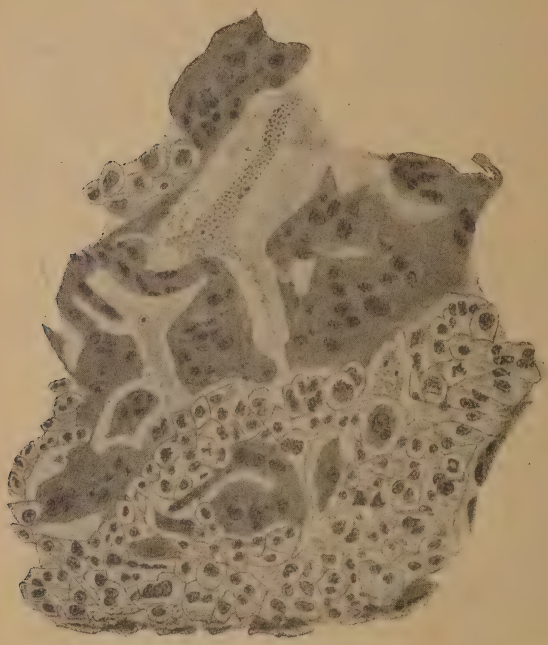


Fig. 3.ª — Nodo metastatico vaginale (disegnato colla camera chiara, microscopio Koristka, oc. 3, obb. 6, tubo chiuso, altezza tavolino).

Metastasi vaginali. — I nodi metastatici della vagina mi offrirono la opportunità di studiare con maggior minutezza di dettaglio la struttura degli elementi del neoplasma. La figura qui unita e disegnata colla camera chiara riproduce fedelmente un tratto di questa metastasi (figura 3.ª). Già notai come quel tessuto, appena inciso il nodo, avesse l'aspetto di tessuto placentare, spugnoso, così ricco di sangue che da esso gemeva in copia come da mille ampie bocche: ed all'esame microscopico si trovò tanta copia di sangue che solo qua e là fu dato ritrovare dei tratti di neoplasma. In tutti i preparati spicca la copia del sangue che circonda ed irrora il tessuto, in modo tanto più evidente se si esaminano preparati colorati col van Gieson o colla ematossilina-eosina. All'esame del neoplasma spiccano con sorprendente evidenza i due elementi che lo costituiscono, il sincizio e gli elementi cellulari distinti. Questi elementi cellulari dell'aspetto di cellule epiteliali a contorni bene netti a forma poliedrica, vescicolare solo dove sono liberi, con protoplasma granuloso chiaro, presentano un nucleo facilmente tingibile colla ematossilina, coi colori di anilina e colla safranina, poco invece coi carmini, con reticolo nucleare ben distinto e soventi in istato di scissione cariocinetica. Tali

figure cariocinetiche sono così copiose che in qualunque campo si spinga lo sguardo se ne possono scorgere nei vari stadi di riproduzione. Queste figure hanno costantemente il carattere delle cariocinesi atipiche, anaplastiche. Si riscontrano infatti delle mitosi ipercromatiche e delle mitosi ipocromatiche, in tutte poi, massime in quelle che possono essere sorprese in stadi caratteristici, si osserva una irregolare distribuzione dei rispettivi cromosomi. Trattate opportunamente le sezioni di pezzi fissati in alcool con soluzione acquosa jodoiodurata e con soluzione di tintura di jodio ed alcool assoluto [Langhans, Behr (1)] si potè dimostrare la ricchezza di contenuto di glicogene in questi elementi. Il sincizio od elemento plasmodiale è costituito da striscie di protoplasma di varia grandezza e di varia estensione a volte sottile a volte spesso, talora continuo, tal'altra come intersecato da insenature: tale sincizio ha limiti bene netti, assume con facilità la colorazione della ematossilina, presenta struttura granulosa, ma meno evidente che non quella del protoplasma degli elementi cellulari, e in generale è di questo più intensamente colorato. In esso trovansi sparsi dei nuclei intensamente colorati per ricchezza di cromatina, forniti in gran parte di nucleolo nettamente distinto. Questi nuclei presentano in genere contorno netto e fortemente tinto; taluni di essi però non hanno confine ben demarcato e regolare, ma invece presentano margini frastagliati ed irregolari, sono sprovvisti di nucleolo, hanno meno cromatina ed appaiono tanto più chiari per il confronto con altri vicini intensamente colorati. In nessun punto fu dato rinvenire in essi figure che accennassero a mitosi.

In taluni tratti piuttosto rari, ed in generale in punti di sincizio isolati dagli elementi cellulari, si osserva che lo strato protoplasmatico è sparso di vacuoli che lo fanno rassomigliare ad un merletto. Questa vacuolizzazione del protoplasma dei sincizii che in altri casi si riscontrò con certa frequenza è nel mio caso piuttosto rara e limitata.

Di particolare interesse sono i rapporti che il sincizio presenta cogli elementi cellulari. Se si esaminano con attenzione i preparati ottenuti dai nodi metastatici vaginali si osserva che laddove lo sfacelo o lo stravaso emorragico non hanno turbato la disposizione degli elementi, il sincizio avvolge sempre gli ammassi cellulari, così da costituirne il limite esterno, e formando talora una sottile striscia, tal'altra un vero strato piuttosto largo, anfrattuoso per solcature che più o meno si approfondano nello strato protoplasmatico. E tale disposizione si accorda coll'altra non meno importante, che cioè lo strato sinciziale

---

(1) Langhans. « Ueber Glycogen in pathologischen Neubildungen und den menschlichen Eihäuten. » *Virchow's Archiv*, Bd. 120, pag. 28. — Behr. « Ueber das Vorkommen von Glycogen in Geschwülsten. » In. Diss. Hildesheim, 1897.

forma la parete delle lacune sanguigne. Il sangue infatti nelle masse neoplastiche non scorre entro vasi forniti di endotelio, ma si riversa negli interstizii limitati da ogni parte dal sincizio; le cellule distinte non sono quindi in contatto col sangue, e se talora nei preparati ciò appare, gli è per il fatto che il sincizio per una causa qualsiasi si è distaccato dalla sua sede. Questa disposizione assai interessante ho cercato di ritrarre nella unita figura, che riproduce un piccolo tratto di un nodo vaginale. Del resto i caratteri sopraccennati riguardanti i rispettivi rapporti dei due elementi che costituiscono il tumore fra di loro, ed i rapporti del sincizio col sangue, si può dire sono costanti dove il tumore non venne alterato o dallo sfacelo o da copioso stravaso di sangue che ne abbia dissociati gli elementi. Nel tumore primitivo dell' utero questi rapporti pure esistono, ma la loro dimostrazione riesce imperfetta, sopratutto in causa dello sfacelo che ha invaso il tumore.

I nodi metastatici polmonari sono costituiti da uno stravaso sanguigno nel quale si possono osservare elementi cellulari più o meno alterati, ma coi caratteri delle cellule che trovansi nel tumore primitivo e nelle metastasi della vagina; tali cellule si rilevano particolarmente alla periferia del focolaio emorragico sopratutto se si ha l'avvertenza di scegliere per l'esame i nodi di più piccolo volume: il tessuto polmonare che circonda questi focolai metastatici appare infiltrato da gran copia di globuli bianchi, che sembrano isolare la zona alterata dagli alveoli ancora bene conservati. Esaminando attentamente i vasi attorno al nodo neoplastico, si osserva come taluno di questi sia occupato da un embolo formato da un pezzo del neoplasma in via di rigoglioso sviluppo. Ciò che merita in modo speciale di essere messo in rilievo si è che il tessuto neoplastico che occupa e riempie quasi completamente il lume del vaso è formato non da sincizii o da cellule isolate o riunite in modo irregolare, ma da un tratto di neoplasma che riproduce esattamente i caratteri descritti nei nodi della vagina; infatti anche qui si nota che, mentre gli elementi cellulari occupano la parte mediana, i sincizi sono situati alla periferia formandone come il limite esterno e mettendosi in contatto col sangue. Le frequenti forme di mitosi anaplastiche che rilevansi nelle cellule centrali, dimostrano la attiva proliferazione della metastasi, la quale perciò non deve considerarsi come un semplice fatto embolico, ma come una metastasi per via sanguigna, in via di attiva riproduzione atipica.

***

Il tipico andamento clinico della malattia insorta dopo l'incompleta espulsione di una mola vescicolare, la formazione ed il rapido sviluppo

della metastasi vaginale avevano tosto fatto sorgere il sospetto che si trattasse di un tumore sviluppatosi dai resti dell' uovo degenerato rimasti nella cavità uterina: l'esame microscopico del tessuto esportato dai nodi vaginali confermò pienamente tale diagnosi e permise anzi di determinare la varietà anatomica del neoplasma per la presenza in esso dei due elementi costitutivi, sincizii cioè e cellule dello strato di Langhans. Sgraziatamente anche questo caso, come i precedenti, giunse alla Clinica quando il tumore aveva già invaso l' organismo ed affatto inconsulto sarebbe stato qualsiasi intervento operativo. Infatti pochi giorni dopo l' ingresso in Clinica si presentarono gli escreati sanguinolenti, che la conoscenza delle precedenti osservazioni aveva indicato come sintomi indubbi di già avvenute metastasi polmonari. La escisione dei nodi vaginali venne eseguita essenzialmente a scopo diagnostico, sopratutto perchè il nodo maggiore mostravasi già profondamente infiltrato nel connettivo paravaginale, e l'inspessimento avvertito alla base del legamento largo destro dava ragione a ritenere che anche in quella località si andava organizzando un nuovo focolaio neoplastico.

Il caso narrato da Schmorl potrebbe lasciar sorgere la speranza che in certe speciali contingenze la metastasi vaginale possa essere per così dire il focolaio di diffusione del neoplasma e che per la sua sede possa rendere più facile il suo riconoscimento e la sua asportazione. Egli infatti ebbe ad osservare un caso in cui la donna venuta a soccombere per corio-epitelioma insorto dopo un parto normale, presentava un nodo neoplastico vaginale e metastasi nei polmoni, nel fegato, nei reni, nell' intestino, mentre liberi affatto dal tumore erano l' utero, le trombe e le ovaia. Schmorl è d' avviso che il tumore vaginale fosse una metastasi formatasi da una neoformazione sviluppatasi primamente nella placenta e di poi espulsa senza avere invaso il tessuto uterino (1).

Che la presenza di una metastasi vaginale per sè stessa non controindichi in modo assoluto l'intervento operativo, lo dimostrano i casi di Schauta; nel primo dei quali il nodo vaginale si sviluppò in seguito all' espulsione di mola vescicolare, nel secondo già nel tempo che la mola era contenuta nell' utero; l' isterectomia e l' escisione del nodo

---

(1) Schmorl. « Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig. Demonstration eines syncytialen Scheidentumors. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, pag. 1217.

vaginale salvarono entrambe la ammalate (1). Ma nel caso dianzi esposto più nessuna speranza poteva aversi da qualsiasi intervento operativo sia per la molteplicità e sia sopratutto per la estensione dei nodi vaginali, e per esservi già sufficienti dati per riconoscere l'esistenza di focolai nel connettivo pelvico.

Il rapido svolgersi della malattia, che in 4 mesi dall'espulsione della mola condusse a morte la donna, dimostra l'estrema malignità del neoplasma, malignità che già per sè stessa basterebbe a distinguerlo dai comuni sarcomi ed epiteliomi, se già da essi non lo differenziasse la struttura istologica. La dettagliata descrizione antecedentemente esposta, mostra come tanto il tumore primitivo dell'utero quanto i nodi metastatici si presentassero costituiti da due ordini di elementi, noti col nome di sincizii e di cellule dello strato di Langhans e fino dal principio di questo mio modesto lavoro dissi come a riferire il caso mi spingesse anche l'idea di portare un contributo a conferma della distinzione anatomica da Marchand fatta nel suo recentissimo e classico lavoro, delle diverse forme di corio-epitelioma maligno. Egli infatti distinse due principali forme l'una che chiama tipica, l'altra atipica. La forma *tipica* sarebbe quella nella quale il tumore riproduce i caratteri dell'epitelio coriale, quale si presenta nei primi periodi di gravidanza, costituito cioè dai due ordini di elementi, plasmodiali e cellulari; l'altra *atipica* nella quale gli elementi del tumore hanno in parte almeno perduto i caratteri originarii, e si presentano costituiti quasi esclusivamente degli elementi cellulari.

A questo ultimo gruppo appartiene il caso da me riferito nel 1895, mentre al primo appartiene certamente il caso che è oggetto del presente studio. Anzi nella forma tipica mi sembra che un altro carattere possa essere aggiunto, carattere che risulta evidente dai miei preparati e cioè i costanti reciproci rapporti che il sincizio mantiene tanto nel tumore primitivo, quanto nelle metastasi rispetto agli elementi cellulari e rispetto alle lacune sanguigne. Fra le due forme di neoplasma evidentemente vi hanno degli stadi di transizione, e ciò risulta anche

---

(1) SCHAUTA. « Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1895, pag. 249. – ID. « Demonstration einer Blasenmole. » Geburtshülf Gynäk. Gesellsch. in Wien. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897. pag. 53. — NEUMANN. « Beitrag zur Kenntnis der Blasenmolen und des malignen Deciduoms. » *Monatschr. f. Geb. und Gynäk.*, 1897, Bd. VI, pag. 17 e 157.

dall'attento esame di numerosi preparati di tumore atipico, nei quali infatti si trovano talora forme cellulari giganti polinucleate, nelle quali e il carattere del protoplasma e il carattere dei nuclei e la mancanza di figure cariocinetiche rivelano la natura sinciziale. Vennero per verità descritte anche delle forme di corio-epitelioma costituite quasi esclusivamente da elementi protoplasmatici [Fränkel, Freund (1)] donde il nome di sincizioma maligno proposto da Kossmann, ma se non può mettersi in dubbio la prevalenza del sincizio sulle forme cellulari distinte, non è finora dimostrato in modo rigoroso la esistenza di tumori costituiti puramente da sincizio. La partecipazione dello stroma connettivo dei villi degenerati sostenuta dal caso di Gottschalk è stata dalle ulteriori osservazioni modificata, ed il Gottschalk stesso in un successivo lavoro (2) pur ammettendo la possibilità della partecipazione dello stroma, rilevava come nel caso da lui studiato il tessuto interpretato come stroma dei villi figurava solo nel tumore primitivo e non nei tumori metastatici.

Per siffatte considerazioni, mi sembra che nello stato attuale delle nostre cognizioni sull'argomento meglio risponda la distinzione dei tumori maligni derivanti dalle villosità coriali proposta da Marchand che non quella proposta da Gottschalk e quella proposta da E. Fränkel (3).

Caduta l'opinione che i cosidetti deciduomi maligni fossero sarcomi e costituiti dagli elementi della decidua, caduta l'opinione che fossero sarcomi od epiteliomi dell'utero assumenti particolari caratteri per la sopravvenuta gravidanza, affermato il concetto della origine di questi tumori del rivestimento epiteliale dei villi coriali e della loro natura epiteliale, oggi la questione si dibatte sulla origine dei due ordini di elementi che il rivestimento epiteliale del villo costituiscono. Già antecedentemente ho accennato alla importanza ed alle difficoltà che si oppongono alla soluzione di questo problema. Per riguardo alla

---

(1) Fraenkel L. « Das vom dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole). « *Arch. f. Gynäk.*, Bd. 48, pag. 80, 1894. — Freund. « Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1896, Bd. 34, pag. 161.

(2) Gottschalk. « Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen placentarvillösen Geschwülsten. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. 51, pag. 56.

(3) Fraenkel E. « Maligne Tumoren des Chorionepithels (sogenannte deciduale Sarcome). » *Sammlung Klin. Vorträge*, N. 180, Leipzig, 1897.

origine delle cellule dello strato di Langhans è ormai da tutti accettato che esse siano di natura epiteliale e costituite dall'ectoderma fetale; l'opinione di Franqué che lo strato cellulare di Langhans sia di natura connettivale e di origine mesodermica fetale non trovò appoggi nelle ricerche ulteriori di autorevoli osservatori. Ma assai complessa è l'origine del sincizio.

Gli autori che sostengono l'origine fetale del sincizio come Duval, Minot, Apfelstedt ed Aschoff, Ulesko Stroganowa, von Franqué, Gaiser, Peters (1), ecc. si appoggiano all'importanza che ha questo strato nello sviluppo dei villi, alla intima connessione collo strato di Langhans, infine al reperto in uovi umani nei quali furono trovate le villosità coriali già rivestite da entrambi gli strati, prima che quella parte dell'ovicino fosse venuta in contatto colla decidua (Gaiser), alle ricerche embriologiche nei primi stadi di sviluppo dell'uovo in alcuni animali, nei quali sarebbe stata dimostrata la caduta dell' epitelio uterino: tale caduta dell'epitelio uterino fu sostenuta per la donna da Paladino (2).

Gli autori che sostengono l' origine materna del sincizio sono divisi in due gruppi; una parte di essi ritiene che il sincizio sia di natura epiteliale e derivi dall'epitelio della mucosa uterina e delle sue ghiandole modificato per l' insorgere della gravidanza (Langhans, Selenka, Merttens, Kossmann, ecc.): essi si appoggiano alle ricerche sulla placenta nei primi stadi di sviluppo, sopratutto in animali, ma anche nell'uomo, e si appoggiano a modificazioni in sincizio che si osservano nell'epitelio uterino in particolari condizioni e sopratutto nella gravidanza extrauterina. Schmidt (3) infatti ebbe l'opportunità di esaminare un caso di gravidanza extrauterina tubo-ovarica terminato fatalmente al 6.° mese, nel quale la mucosa uterina trasformata in caduca pre-

---

(1) Apfelstedt und Aschoff. « Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten, » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. 50, pag. 511. — Ulesko Stroganowa. « Entstehung des Zwischenzottenraumes. » *Monatschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. V, pag. 12. — O. von Franqué. « Ueber einer bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 34, pag. 199. — Gaiser, in Leopold. « Uterus und Kind. » Leipzig, 1897, pag. 105 e seguenti. — Peters. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, pag. 1208.

(2) Paladino. « Della nessuna partecipazione dell' epitelio della mucosa uterina e delle relative glandole alla formazione della decidua vera e riflessa della donna. » *Archivio di ostetricia e ginecologia*, Napoli, 1895, pag. 389.

(3) Martin B. Schmidt. « Ueber Syncytiumbildung in den Drüsen der Uterus-schleimhaut bei ectopischer Gravidität. » *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. VII, pag. 1, 1898.

sentava l'epitelio modificato in sincizio principalmente nelle ghiandole profonde dello strato spugnoso. Kossmann (1) in un recentissimo suo lavoro fa una minuta critica, non sempre serena, delle ricerche precedenti, ed in base a nuove ricerche colla presentazione di numerosi fotogrammi sostiene l'origine del rivestimento sinciziale del villo dall'epitelio della mucosa uterina. Una tale opinione venne pure in base a proprie indagini sostenuta nell'ultimo congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia dal D'Erchia.

Un altro gruppo di autori ritiene che il sincizio sia di natura connettivale e derivi dall' endotelio dei capillari materni; tale opinione messa innanzi da Turner venne sostenuta a proposito dei deciduomi maligni da Freund (2) e richiamata recentemente da Pfannenstiel (3), il quale in base a tale concetto ritiene il deciduoma una neoformazione di origine materna e precisamente un endotelioma; l'origine del sincizio dall' endotelio vasale materno è pure accettata da Waldeyer (4). A conclusioni alquanto diverse sarebbe giunto Hofmeyer (5), dall'esame di uovi abortivi, di gravidanze tubariche e di uteri gravidi esportati per carcinoma del collo: il sincizio non deriverebbe nè dall' endotelio dei vasi materni, nè dall'epitelio della mucosa uterina, ma avrebbe una origine ancora oscura e deriverebbe verosimilmente dalla corona radiata, cioè dallo strato di cellule della membrana granulosa che aderiscono all' uovo dopo scoppiato il follicolo e che Nagel ritiene cellule di nutrizione; secondo l' Hofmeyer però anche l' epitelio dell' utero e quello della tuba all'attaccarsi dell' uovo si trasformerebbero in sincizio. Johansen (6) infine vorrebbe che il sincizio e le cellule di Langhans siano d'origine materna, ma non derivino dall'epitelio, bensì dagli elementi connettivi materni.

---

(1) Kossmann. « Studien zur normalen und pathologischen Anatomie der Placenta. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. 57, pag. 224.

(2) Freund, loco cit.

(3) Pfannenstiel. « Zur Frage des Syncytium und des Deciduoma malignum. » *Centralblatt f. Gynäk.*, 1898, N. 23. — Id. « Noch ein Wort zur Diskussion über die Syncytiumfrage. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1898, N. 48.

(4) Waldeyer. « Das Becken. » Bonn, 1899, pag. 584.

(5) Hofmeyer. « Beiträge zur Anatomie und Entwikelung der menschlischen Placenta. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 35, pag. 414.

(6) Johansen. « Ueber das Chorionepithel des Menschen. » *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, 1897, pag. 291.

Tanta disparità di opinioni sulla origine del rivestimento sinciziale del villo, mostra come la soluzione del problema sia irta di difficoltà, sopratutto per le differenze che si osservano nella formazione della placenta dagli animali all'uomo e fra le varie specie di animali medesimi. Si vuole anzi (Veit, L. Fränkel), sostenere che il sincizio non sia uno speciale tessuto, ma che durante la gravidanza tutti gli elementi epiteliali e connettivi abbiano tendenza a formare masse sinciziali (1).

Che anche in comuni carcinomi dell'utero possano aversi forme sinciziali, è provato dalle osservazioni di Gebhard, e la trasformazione in sincizio di elementi sarcomatoidi in casi di carcinomi dell'utero venne descritta da D'Erchia (2). Ma la grande divergenza di opinioni sull'origine del rivestimento sinciziale del villo appare evidente dalla Relazione del Congresso dei medici e naturalisti tedeschi in Braunschweig (3) e dalla discussione che seguì alle comunicazioni di Kossmann e di Ruge alla Società ostetrica-ginecologica di Berlino (4). Recentemente da autori americani [Williams e Salmon (5) e Gaylord (6)], si sostenne che il sincizio sia di origine fetale e rappresenti una modificazione dell'ectoderma fetale (strato cellulare di Langhans). Con tutto ciò la questione è tuttora dal lato embriologico affatto insoluta e solo quando sarà chiarito il modo d'attacco dell'uovo umano alla parete uterina e la natura del sincizio, sarà possibile di dare un giudizio definitivo sul significato delle forme di elementi che costituiscono il corio-epitelioma maligno (7).

---

(1) Veit. « Ueber malignes Deciduom. » Verhandl. d. Gesell. f. Geb. u. Gynäk. z. Berlin. 1898, *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 38, pag. 508. — L. Fraenkel. « Vergleichende Untersuchungen des Uterus-und Chorionepithels. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. 55, pag. 269, 1898.

(2) D'Erchia. « Contributo allo studio del cancro primitivo dell'utero. » *Atti della Soc. ital di ost. e gin.*, vol. IV, pag. 213.

(3) « Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig. » *Centralbl. f. f. Gynäk.*, 1897, N. 40.

(4) « Verhandl. d. Gesell. f. Geb. u. Gynäk. zu Berlin. » Juni 1898. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 39, pag. 550-591-595.

(5) Williams and Salmon. « A case of extrauterine gestation with a study of the origin of the syncytium. » *American journal of Obstetrics*, Giugno 1898, pag. 740.

(6) Harvey R. Gaylord. « Malignant Growths of the chorionic epithelium, and their relation to the normal histology of the placenta. » *Amer. journ. ob Obstetrics*. August 1898, pag. 149.

(7) Marchand. « Noch einmal das Chorion-epitheliom. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, pag. 809.

Nelle prime pagine di questo mio lavoro ho ricordato come in altri campi la patologia fu guida alla fisiologia ed alla anatomia e tale concetto volli ricordare, non per esprimere un giudizio che sarebbe tanto infondato quanto intempestivo, ma per accennare alla possibilità che lo studio delle neoformazioni maligne del rivestimento dei villi coriali possa essere di guida a risolvere la questione sulla origine del sincizio. Se da tale studio fosse permesso di trarre argomento alla soluzione dell' intricato problema, considerando la simultanea partecipazione dei due elementi a costituire il tumore, considerando che questi elementi conservano soventi nel neoplasma i rapporti loro normali, considerando che nelle metastasi tutti e due gli elementi si diffondono e si propagano riproducendo il medesimo tipo e conservando sino ad un certo punto i loro rapporti reciproci e colle correnti sanguigne, considerando che ad un accurato esame in tali neoplasmi appaiono forme di transizione fra le due sorta di elementi e che mentre sono copiose le cariocinesi anaplastiche nelle cellule di Langhans, mancano queste nel sincizio, si sarebbe condotti a *ritenere che il sincizio derivi da una modificazione dello strato di Langhans.* Se poi si ritiene come dimostrato che lo strato di Langhans sia di origine ectodermica fetale, origine fetale avrebbe anche il sincizio.

Qualunque sia pertanto la interpretazione che oggi si voglia dare circa l'origine dei due ordini di elementi, e mancando finora ogni dimostrazione diretta ed obbiettiva che il sincizio sia di natura connettivale, resta fisso il concetto che il tumore derivi dal rivestimento epiteliale del villo e fra le molteplici denominazioni proposte *(sarcoma deciduo-cellulare; sarcoma dei villi coriali; sarcoma del corion; tumore maligno dei villi placentari; deciduo-sarcoma uteri giganto-cellulare; deciduoma maligno; tumore serotinale; carcinoma sinciziale; corio-carcinoma; sincizioma maligno; epitelioma ectodermo-sinciziale; epitelioma ectodermale; epitelioma ectoplacentale; corioma*, ecc.) mi pare opportuno accettare quella proposta da Nikiforow e da Marchand di *corio-epitelioma maligno o destruente.*

L'eziologia di questo neoplasma è, come quella dei tumori in genere, tuttora assai oscura, e più che i dati eziologici a noi sono note le condizioni che ne determinano lo sviluppo. Riconosciuta ormai come certa la dipendenza del tumore da precedente gravidanza, esaminando i casi fin qui noti e raccolti nelle tabelle che sono unite al presente

lavoro, noi tosto scorgiamo come la forma morbosa si connetta nel maggior numero dei casi con una gravidanza a decorso patologico ed interrottasi con espulsione di mola vescicolare o di aborto, solo in una parte dei casi (circa un terzo) il tumore sopravvenne dopo un parto normale. Sopratutto colpisce la grande frequenza della mola vescicolare.

Nel primo gruppo di osservazioni raccolte da Marchand su 28 casi di corio-epitelioma maligno, 12 erano insorti dopo l'espulsione di una mola vescicolare, 16 dopo un aborto o dopo un parto normale; dei 35 raccolti di poi da Eierman, 18 erano sopravvenuti in seguito a mola vescicolare, e dei 13 raccolti da Pick 7 pure erano seguiti a mola; nei casi pubblicati in questi ultimi tempi si mantiene sempre l'eguale proporzione così che oggi con un numero totale di circa 95 casi di deciduoma maligno scorgiamo come ben 45 siano sopravvenuti alla espulsione di mola vescicolare. Ciò appare appunto dalle due tavole (1.ª e 2.ª) annesse al presente lavoro; in queste ho cercato di riunire tutte le osservazioni pubblicate dal 1895 fino a questi ultimi giorni, prendendo come punto di partenza la mia precedente memoria e sopratutto quella di Pestalozza, che nel quadro riassuntivo a pag. 776 (*Annali di ostetricia e ginecologia*, 1895) riunì i casi fino allora noti di questa forma morbosa. Nell'ordinare le varie osservazioni mi valsi in parte dei lavori di Eiermann e di Pick, controllando alle rispettive fonti le notizie ivi indicate. Inevitabilmente qualche nuovo caso potrà essere sfuggito alle mie ricerche e qualcuno dovette essere omesso per non aver potuto raccogliere dati sufficienti: così fu per il caso di Jurassowski (1) che riguarda una osservazione di deciduoma maligno sviluppatosi in seguito a mola vescicolare ed operato (di isterectomia?) in cui la donna venne a soccombere due anni dopo l'espulsione della mola, presentando fra l'altro un focolaio metastatico nel cervello; così fu per il caso di Prochownik, del quale potei trovare solo scarse notizie nei resoconti della Società medica di Hamburg (2). I tre casi riferiti da Bulius (3) non sembra debbansi annoverare fra i tumori derivanti dalle villosità coriali.

---

(1) J. K. Jurassowski. « Ein Fall von Deciduoma malignum, als Folgekrankheit einer Blasenmole. « *Wratschebnija Sapisski*, 1897, N. 1. Dalla *Russische med. Literatur*, N. 7, *St. Petersburg med. Woch.*, 1897.

(2) Prochownik. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1898, N. 11, pag. 251.

(3) Bulius. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, pag, 795.

In tal modo potei riunire 54 osservazioni di corio-epiteliomi, dei quali 25 sviluppatisi in seguito a mola vescicolare e 29 in seguito ad aborto od a parto normale: nel precedente quadro di Pestalozza figurano 41 casi, dei quali 21 sviluppatisi dopo aborti o parti normali e 20 dopo mola idatigena.

Ma l'origine del corio-epitelioma dalla mola vescicolare non poggia soltanto sui troppo fallaci dati statistici, esso poggia pure su dati anatomici e su dati clinici. È ormai dimostrato dagli studi di Marchand, di Fränkel, di Neumann, ecc. che la mola vescicolare non deve essere considerata come una degenerazione missomatosa del tessuto connettivo del villo (Virchow), ma piuttosto come un processo di atipica proliferazione del rivestimento sinciziale e dello strato di Langhans (a conferma in ciò degli studii di Ercolani): è da essi infatti e sopratutto dal sincizio che trae origine la forma morbosa, mentre le alterazioni del connettivo del villo sono di importanza secondaria. Ciò mi risulta anche da numerosi preparati di mole vescicolari che in questi ultimi tempi ebbi occasione di esaminare. E questi elementi che nella mola mostransi in attiva atipica proliferazione determinano lo sviluppo del corio-epitelioma. I dati clinici poi sono così dimostrativi che fa meraviglia il vedere come ancora recentemente il Giglio non accetti il rapporto fra deciduoma maligno e mola idatiforme ed insista nel dire che egli ritiene il così detto deciduoma maligno un sarcoma a tipo speciale della mucosa uterina (1). Per verità anche Eden e Kanthack alla Società ostetrica di Londra (2) si mostrarono poco favorevoli ad accettare l'origine dei così detti deciduomi maligni da abnorme ed atipico sviluppo delle villosità coriali e si dichiararono propensi a ritenerli come sarcomi, nei quali le forme sinciziali sarebbero da attribuirsi alla rapidità dello sviluppo. Ma la loro critica è basata più su concetti teorici che su fatti obiettivi, ed alle questioni poste da Eden a prova della origine di questi tumori da elementi placentari, hanno

---

(1) Giglio. « Note sulla sintomatologia e sulla struttura della mola idatiforme. Sua relazione eziologica col deciduoma maligno. » *Atti della Società ital. di ostetr. e ginecol.*, 1897, vol. III, pag. 189. — Id. « Patologia dell'uovo e sua eziologia. » *Atti della R. Accademia delle Scienze mediche*, Palermo, 1898.

(2) Eden. « Deciduoma malignum. A criticism. » *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1896, vol. XXXVIII, pag. 149. — « Discussion on deciduoma malignum. » *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1896, vol, XXXVIII, pag. 171.

risposto affermativamente e le osservazioni cliniche e le indagini anatomiche.

I dati clinici che dimostrano gli stretti rapporti fra mola idatigena e corio-epitelioma sono rappresentati dalla conoscenza delle forme destruenti della mola vescicolare e dagli identici caratteri clinici che in taluni rari casi la mola vescicolare (mola vescicolare metastatizzante) presenta col così detto deciduoma maligno; basti ricordare per ora il caso di Apfelstedt ed Aschoff, il caso di Schauta-Neumann, ed il caso Pick-Landau (1) nei quali a mola vescicolare ancora contenuta nell'utero si manifestarono le caratteristiche metastasi vaginali. Le cause che possono determinare la formazione della mola sono tuttavia oscure, nè è il caso di trattenerci a lungo sull'argomento; ricorderò solo come il ripetersi della mola nella medesima donna (Depaul 2 volte, Schröder 2 volte, Fritsch 4 volte, ecc.), e sopratutto in donne di età avanzata (Kehrer) e la dimostrazione di alterazioni della caduca involgente, inducono a ritenere come in un certo numero di casi una affezione primitiva della madre e sopratutto della mucosa uterina possa dar luogo a degenerazione idatiforme dell'uovo; d'altra parte i casi di gravidanza gemella nei quali si trovò un uovo trasformato in mola vescicolare e l'altro normale provano all'evidenza che l'alterazione dei villi può dipendere da affezione primaria dell'ovulo; e che verosimilmente si tratti nella maggioranza dei casi di malattia primitiva dell'uovo fecondato è opinione oggidì prevalentemente accettata (Marchand).

Ma se la mola vescicolare è senza alcun dubbio una condizione favorevole e predisponente allo sviluppo del corio-epitelioma, l'osservazione clinica dimostra come esso possa svolgersi anche in seguito ad aborto od a parto normale (dei 29 casi raccolti nella tav. 1.ª, 15 seguirono a parto normale, 14 ad aborto), nè ciò vale ad infirmare il concetto che il tumore derivi da resti ovulari in atipica proliferazione. Che negli aborti sia facile la ritenzione di residui coriali è fatto provato ogni dì dalla esperienza clinica; che anche dopo parto normale possano restare residui di villosità aderenti all'utero è provato dal raro, ma non rarissimo occorrere di polipi placentari; ed i polipi placentari destruenti segnano la via per la quale anche dopo un aborto od un parto normale può

---

(1) Pick L. « Ueber Metastasenbildung und Histologie der gutartigen Blasenmole. » *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1897, pag. 1216.

svilupparsi un tumore maligno, come lo è la forma destruente per la mola idatigena. Parziali degenerazioni di villi placentari possono esistere anche a normale sviluppo del feto e decorso della gravidanza, ed a ragione il Ferrari (1) osserva come a spiegare l'origine del deciduoma maligno da aborti e da parti a termine manchino finora le osservazioni degli annessi delle gravidanze che al tumore precedettero. Anche recentemente ebbi occasione di esaminare un piccolo polipo placentare esportato dalla cavità uterina 42 giorni dopo un parto normale; l'esame microscopico dimostrò che la formazione del polipo era dovuta all'essere il gruppo di villosità ravvolto e ricoperto in modo completo dalla mucosa uterina rigeneratasi dopo il parto e che aveva così inglobate le villosità coriali mantenendole vive malgrado il loro isolamento dal feto. I villi infatti erano dopo 42 giorni perfettamente conservati tanto nello stroma quanto nell'epitelio di rivestimento e, fatto singolare, presentavansi ancora normalmente vascolarizzati. L'avvolgimento della mucosa neoformata si trovò anche nel tumore primitivo dell'utero nel caso da me descritto.

La figura (1.ª) che riproduce l'aspetto dei genitali esportati dal cadavere, dimostra come entrambe le ovaie fossero in discretamente avanzata degenerazione cistica e ciò appare anche dalla descrizione relativa; il nodo riscontrato nell'ovaio destro si dimostrò che non era di natura neoplastica. La degenerazione cistica di entrambe le ovaie fu indicata come una delle cause dello sviluppo della mola vescicolare [Marchand, Kaltenbach, Kreutzmann (2)], e ciò potrebbe far pensare a qualche rapporto fra alterazione ovarica e corio-epitelioma, ma esaminando i casi occorsi nella Clinica di Pavia ed i dati che potei raccogliere nella letteratura, quantunque in un certo numero di casi una od entrambe le ovaie fossero degenerate, pure non potei convincermi in tale idea. Anche l'osservazione di gravidanze normali consecutive a mole vescicolari per quanto non si opponga in modo assoluto ad ammettere una certa influenza della affezione ovarica nella origine della mola, pure non può a meno di sollevare dei dubbi su di un sif-

---

(1) T. Ferrari. « Nuove ricerche sulla struttura normale e patologica degli annessi fetali. » *Archivio italiano di ginecologia*, 1898, N. 5.

(2) Kreutzmann. « Cystic degeneration of the chorion villi with coincident cystic tumor of both ovaries. » *Amer. journ. of Obstetrics*, Giugno 1898, pag. 761.

fatto reciproco rapporto. A questo proposito raccogliendo le osservazioni di mola vescicolare occorse in questi ultimi anni nella Clinica di Pavia, trovai che su 7 casi — una certa Pigorini Teresa fu poi affetta da corio-epitelioma maligno e formò oggetto della seconda pubblicazione di Pestalozza, — 2 non ebbero ulteriori gravidanze (una di queste espulse la mola solo 8 mesi or sono) e 4 ebbero una o più gravidanze normalmente condotte a termine.

Ma per la eziologia dei così detti tumori deciduali volle il Freund invocare un altro elemento, cioè la sifilide: avendo egli infatti nel caso che ebbe opportunità di studiare, notato precedenti sifilitici nel padre, ed essendo indotto a ritenere il sincizio di origine endoteliale materna, espresse la possibilità che gli stati patologici dell'apparato circolatorio materno, in causa della sifilide potessero essere origine delle alterazioni endoteliali e quindi sinciziali capaci di determinare lo sviluppo della mola ed anche del deciduoma maligno. Già antecedentemente fu detto abbastanza per ciò che riguarda l'origine del sincizio; il fattore sifilide invocato da Freund attende per ora la conferma di nuove osservazioni.

Affatto recentemente infine Veit volle nella madre trovare il *primum movens* sia per la mola vescicolare e sia per il deciduoma e la affezione materna volle ricercare in alterazioni dell'endometrio sopratutto nel sarcoma: avvenuto il concepimento, si sarebbero, nel caso da lui osservato, prodotte modificazioni anche nel neoplasma che avrebbero tratto con sè la degenerazione dei villi coriali. Una tale opinione mi sembra non trovi appoggio nè nei fatti patologici nè nei fatti normali; proliferazioni affatto benigne del sincizio vennero descritte ed attribuite a fatti irritativi materni [nefrite — eclampsia — Bulius, Falk (1)], ma sempre la neoproduzione era data da elementi fetali od almeno da quelli che ritengonsi costituenti l'uovo fetale senza partecipazione degli elementi stabili materni.

Mi sembra pertanto che la eziologia del corio-epitelioma debba ricercarsi nella eziologia dei tumori maligni in genere. Come pei carcinomi e pei sarcomi si invocarono parassiti della classe degli sporozoi

---

(1) Bulius. « Gutartige Wucherungen des Syncytiums. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, pag. 693. — Falk. « Partielle hydropische Degeneration der Placenta bei einen Eklamptischen. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, pag. 1073.

e parassiti della classe dei blastomiceti, così anche per il corio-epitelioma il Rossi Doria (1) invocò l'azione di blastomiceti, che egli potè dimostrare nel tumore da me descritto nel 1895 e nel caso di Klien. Ma la importanza degli sporozoi e dei blastomiceti nella eziologia dei tumori è lungi dall'essere accettata, e quindi la questione della eziologia del corio-epitelioma come quella dei tumori in genere rimane ancora insoluta (2).

Essendo il corio-epitelioma un tumore che si sviluppa in seguito al concepimento, la donna può esserne colpita in tutto il periodo della sua vita sessuale, e così tra il caso di Ahlfeld in cui la donna aveva 17 anni e quello di Maier in cui la donna aveva 55 anni, noi troviamo rappresentate tutte le età, con una frequenza nei varii periodi che presso a poco corrisponde alla frequenza con cui si osserva la gravidanza. La gravidanza fu sempre uterina, extrauterina tubarica venne osservata soltanto nel caso di Ahlfeld ed in quello di Nikiforow: nel caso di Rosner non è chiaramente dimostrato che si trattasse di gravidanza tubarica. La maggior parte dei casi fin qui osservati riguardano donne pluripare, solo in un numero limitato di casi si osservò il tumore dopo il primo concepimento.

Non credo opportuno di più a lungo insistere sull'andamento clinico della malattia; esso è veramente tipico e si può dire che in esso sta principalmente l'unità della forma morbosa che pur talvolta può presentare caratteri anatomici differenti. Emorragie che persistono continue dopo un parto od un aborto o l'espulsione di una mola vescicolare, sopratutto emorragie a volte così imponenti da simulare un travaglio abortivo; il mantenersi l'utero di un certo volume, il rapido peggioramento delle condizioni generali dell'ammalata e sopratutto il deterioramento della crasi sanguigna (Pestalozza) costituiscono i sintomi principali del primo periodo; il secondo periodo è caratterizzato dalla comparsa di nodi metastatici sopratutto alla vagina; queste metastasi per lo più compaiono alla parete anteriore, e sono segnalate da un senso di prurito da prima e più tardi di vero dolore; le metastasi

---

(1) Rossi Doria. « I blastomiceti nel sarcoma puerperale infettante. » *Il Policlinico*, sezione chirurgica, 1896, pag. 91.

(2) Monti. « I dati fondamentali della patologia moderna. » Torino, Rosenberg e Sellier, 1898.

polmonari che dopo le vaginali sono le più frequenti, sono segnalate dalla comparsa di escreati sanguinolenti. Il terzo periodo è caratterizzato dal sopravvenire di febbre preceduta da brivido e da un vero stato settico. Assai facilmente in questo periodo e per lo sfacelo del tumore e per la facile rottura dei nodi metastatici vaginali compaiono copiose emorragie, quindi scolo di liquame fetido e l'ammalata finisce per soccombere in uno stato di profonda anemia e di marasma. Le metastasi del tumore vennero osservate non solo nella vagina e nei polmoni, che sono gli organi prima degli altri e più facilmente colpiti, ma anche nel fegato, nel cervello, nella milza, nel diaframma, nelle ossa, nell'intestino, ed in qualche raro caso anche nelle ghiandole linfatiche lombari (Marchand).

La diffusione del neoplasma prevalentemente per la via sanguigna costituì uno dei caratteri pei quali la nuova forma morbosa venne ascritta al gruppo dei sarcomi: le metastasi vaginali sono da attribuirsi ad embolismo retrogrado, tanto più facile ad aversi per la dilatazione dei plessi venosi nella gravidanza. La malattia ha in generale decorso molto rapido così che lasciata a sè porta alla tomba l'ammalata in media da 6 a 7 mesi dall'avvenuto parto od aborto. Vi sono però dei casi a decorso rapidissimo per precoce formazione di metastasi, come il caso Schauta-Neumann, e dei casi a decorso piuttosto lento.

La estrema gravità della forma morbosa, il rapido comparire delle metastasi vaginali e polmonari impongono al clinico una diagnosi precisa e nel primo periodo della malattia. Profuse continue emorragie dopo un parto, un aborto, e sopratutto dopo una mola vescicolare, ribelli alle comuni cure e recidivanti dopo eventuale raschiamento della cavità uterina; il rapido peggioramento dell'ammalata; il rilievo di un utero grosso, irregolare, l'avvertire un tumore friabile e sanguinante nella cavità uterina, esplorata previa dilatazione, forniranno i segni clinici del primo periodo. La comparsa di nodi vaginali, di escreati sanguinolenti, di febbre con brividi, renderanno più tardi facile la diagnosi, ma disperato sarà l'avvenire della donna. Solo l'esame microscopico di frammenti del tumore uterino permetterà di accertare il diagnostico in epoca sufficientemente precoce, da permettere un intervento operativo radicale.

I caratteri anatomici del neoplasma ad esso speciali, permetteranno di distinguerlo dal carcinoma e dal sarcoma, permetteranno di distin-

guerlo dalla endometrite iperplastica poliposa, dalla endometrite deciduale, dai polipi placentari benigni, dai fibromi in sfacelo. Sopratutto di grande importanza è che la nuova forma morbosa sia conosciuta dal medico pratico al quale di solito si affidano le ammalate nel primo periodo, tanto più perchè in questi casi, a differenza di quanto accade per il carcinoma del collo, la esplorazione vaginale dà reperti insufficienti, potendo il volume del corpo uterino essere attribuito ad incompleta involuzione. Quando dopo un parto o dopo un aborto e sopratutto dopo l'espulsione di una mola vescicolare la donna ha continue perdite sanguigne, e tratto tratto profuse emorragie, quando l'utero si mantiene voluminoso, e l'ammalata va rapidamente deteriorando, il medico pratico mandi l'ammalata da uno specialista, oppure si comporti come se si trattasse di ritenzione di residui ovulari, esporti col cucchiaio un frammento del contenuto uterino e lo sottoponga all'esame microscopico.

Ormai la conoscenza del neoplasma si è andata divulgando, altre memorie riassuntive dell'argomento vennero pubblicate (1) ed un nuovo capitolo si è aggiunto non solo ai libri di diagnostica ginecologica [Winter (2)] ma anche ai manuali di ostetricia e di ginecologia, come si può vedere nelle recenti edizioni del trattato di Ahlfeld (3) e di quello del Pozzi (4). Ultimamente poi Labadie-Lagrave e Legueu nel loro trattato medico-chirurgico di ginecologia dedicano un esteso capitolo non solo ai così detti deciduomi, ma persino alla mola vescicolare (5).

Più precoce e corretta sarà la diagnosi, più pronto e radicale l'intervento operativo e più favorevole sarà anche la prognosi. Questa è assolutamente infausta se il male è abbandonato a sè ed in genere la morte sopravviene da 6 a 7 mesi dall'inizio della malattia. La

---

(1) G. Durante. « Du deciduome malin ou epithélioma ectoplacentaire. » *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896. — Bellin. « Contribution à l'étude des rapport de la môle hydatique et du déciduome malin. » Thèse, Paris, 1896. — Beach. « Du déciduome malin. » Thèse, Paris, 1896. — Segall. « Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin. » *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 1897, pag. 617,

(2) G. Winter. « Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik. » Leipzig, 1896, pag. 258.

(3) Ahlfeld. « Lehrbuch der Geburtshülfe. » Leipzig, 1898, pag. 590.

(4) Pozzi. « Traité de gynécologie clinique et opératoire. » Paris, 1897, pag. 474.

(5) Labadie-Lagrave et Legueu. « Traité médico-chirurgical de gynécologie. » Paris, 1898.

più esatta conoscenza dei caratteri clinici ed anatomici della malattia ha notevolmente contribuito a migliorarne la prognosi. Su un totale di circa 95 casi furono operati complessivamente 49; di questi morirono per l'atto operativo 8 (16. 32 0[0), per metastasi dopo un periodo più o meno lungo (da meno di un mese, fino ad un anno) 9 (18. 36 0[0). Queste cifre risultano dal complesso dei casi esposti nelle tavole annesse al presente lavoro, e da quelli raccolti da Pestalozza, nei quali ultimi precisamente figurano 13 isterectomie e 2 laparotomie.

Ma la percentuale di mortalità e di guarigioni non può essere stabilita su cifre complessive, figurando in esse operazioni incomplete, interventi fatti per indicazioni speciali, infine interventi eseguiti con diagnosi inesatte. Conviene per ciò fare due gruppi, l'uno delle isterectomie vaginali, l'altro degli interventi laparotomici addominali.

Delle 49 donne sottoposte ad atto operativo con intenti radicali, 41 subirono la isterectomia totale vaginale; di queste morirono per conseguenze dirette dell'operazione 5, cioè il 12. 19 0[0, morirono per metastasi dopo un periodo più o meno lungo 7, cioè il 17. 07 0[0, si mantennero sane per un periodo abbastanza lungo, così da poterle ritenere guarite 29, cioè il 70. 7 0[0. Si noti che nei 5 morti nei primi giorni dopo l'atto operativo figurano il caso di Trantenroth, in cui la operazione fu incompleta ed il caso di Scherer nel quale esistevano già focolai metastatici nel fegato, nei polmoni, nel cervello.

Delle 8 ammalate sottoposte alla laparotomia, 2 lo furono per gravidanza extrauterina e di queste una morì per l'atto operativo (Marchand-Ahlfeld), l'altra morì quattro mesi dopo l'operazione per metastasi (Nikiforow); una fu operata di isterectomia totale addominale e di escisione di nodi metastatici vaginali, e guarì (Lönnberg-Mannheimer); 3 furono sottoposte ad amputazione sopravaginale dell'utero e di queste una morì per l'atto operativo (Neumann, Illich), e una guarì (Runge), della terza (Reinicke) nulla è detto sull'esito dell'operazione; finalmente due subirono atti operativi rimasti incompleti per la diffusione del male e vennero più tardi a soccombere.

Se si prescinde quindi da questo secondo gruppo di casi operati per via laparotomica per ragioni speciali, si vede come il pronto intervento operativo, malgrado la somma gravità dell'affezione, possa rendere il pronostico notevolmente favorevole, avendosi una percentuale

di guarigioni durature del 70 0[0 computandovi dei casi operati fino dal 1894 (1).

L'intervento operativo radicale consiste quindi nella isterectomia totale eventualmente associata all'esportazione degli annessi, dando la preferenza alla via vaginale appena che il volume dell'utero e le condizioni degli annessi lo permettano; negli altri casi si potrà ricorrere alla via addominale. Per l'isterectomia vaginale è indifferente l'uso dei klemmer o delle allacciature; in ogni caso si dovrà evitare non solo che si sparga il liquido che scola dal neoplasma, ma sopratutto si dovrà evitare di produrre degli innesti sui tessuti sani.

Già accennai come in alcuni casi la presenza di recenti metastasi vaginali non controindichi l'intervento operativo (casi di Freund, Schauta, Lönnberg-Mannheimer, Schauta); in tali contingenze per altro si dovrà accertarsi sopratutto delle condizioni del connettivo pelvico e dell'apparato respiratorio.

Le ricerche di Neumann e di Durante (2) e la distinzione da essi stabilita di una mola vescicolare benigna e di una maligna, porterebbero alla conclusione che anche in casi di mola idatiforme possa l'esame microscopico indicare senz'altro l'intervento operativo radicale; il caso di Schauta e quello di Apfelsted ed Aschoff confermerebbero tale concetto, che merita per altro di essere applicato con molta prudenza, tanto più essendo stati riferiti dei casi dai quali sembra che anche le mole benigne possono dar luogo a metastasi (3).

***

Appare da tutto quanto venni esponendo, come oggimai si possa dire anatomicamente e clinicamente bene definita una particolare forma di tumore che si sviluppa in istretto rapporto colla gravidanza. Esso trae origine essenzialmente dal rivestimento delle villosità coriali e

---

(1) Da gentile corrispondenza epistolare mi risulta che le due operate nel 1894 da Pestalozza di isterectomia vaginale per corio-epitelioma godono tuttora di ottima salute.

(2) Durante. « Beitrag zum Studium der Blasenmole. » *Centralblatt f. Gynäkologie*, 1897, pag. 1168.

(3) Pick. « Ueber Metastasenbildung und Hystologie der Gutartigen Blasenmole. » *Centralblatt f. Gynäk.*, 1897, pag. 1216. — Pick. « Von der gut und bösartig metastasirenden Blasenmole. » *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1897, N. 49 e 50.

fino a contraria dimostrazione circa l'origine del sincizio è a ritenersi come tumore di natura epiteliare e perciò giustamente chiamato corio-epitelioma maligno o destruente. Esso si propaga prevalentemente per la via sanguigna e la sua grande malignità è da attribuirsi alla facile invasione dei vasi; non può dirsi ancora affatto decisa la questione se il corio-epitelioma abbia a ritenersi di origine fetale, di origine materna o di origine mista: alla embriologia spetta il compito di risolvere il problema, non pertanto l'indagine clinica ed anatomo-patologica del tumore ci indurrebbe a ritenerlo tutto di origine fetale, venendo così a costituire una nuova forma affatto tipica di infezione materna d'origine fetale. La frequenza di questa neoplasia è ben maggiore di quanto da prima si riteneva (1), e se essa può prodursi in seguito ad aborto od a parto a termine, in un gran numero di casi però succede a mola vescicolare, fra questa infatti ed il corio-epitelioma non vi sono salti, ma semplici gradazioni.

Anatomicamente si possono distinguere due forme del neoplasma, l'una tipica, l'altra atipica a norma degli elementi che lo costituiscono, conservando la forma tipica gli elementi ed i caratteri del tessuto da cui trae origine (sincizio e cellule dello strato di Langhans) e presentandosi la atipica prevalentemente costituita da elementi cellulari. Malgrado tale distinzione anatomica unico e tipico rimane il quadro clinico della malattia, quale venne primamente da Pestalozza delineato, nè si può dire quale delle due forme sia dotata di maggiore malignità.

Il pronostico assolutamente infausto se la malattia è abbandonata a sè, diventa tanto più favorevole quanto più precoce è fatta la diagnosi e pronto l'intervento operativo. Per la diagnosi è di essenziale importanza l'esame microscopico di frammenti del tumore; la presenza di metastasi vaginali recenti non controindica per se stessa in modo assoluto l'intervento operativo; questo deve consistere nella isterectomia totale dando la preferenza al metodo per via della vagina.

---

(1) Un nuovo caso, tuttora inedito, venne ultimamente osservato da Pestalozza nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze.

TAVOLA I. — **Corio-epiteliomi maligni sviluppatisi in seguito ad aborto od a parto normale.**

NUMERO	ANNO	OSSERVATORE ED INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA	Età dell'ammalata	PRECEDENTI	DECORSO ED INTERVENTO OPERATIVO	ESITO	OSSERVAZIONI
1	1895	RUGE-TAENZER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1895, Bd. 33, p. 162 e p. 203.	—	Parto normale.	—	—	La relazione di Ruge contiene solo un accenno all'esame del prodotto del raschiamento.
2	1895	GÖTZE. « Ueber die Tumoren der Eihäute, » Diss. Halle, 1895.	21	Ipara. Parto normale.	Ripetute emorrag. Raschiamento. Si forma una metastasi in vagina. *Laparotomia.* Il tumore è giudicato inoperabile.	Muore in 10.ª giornata, 13 mesi dopo il parto.	Tumore uterino. Metastasi in vagina, nel rene sinistro, nel fegato (polmoni? ovaio?).
3	1896	APFELSTEDT und ASCHOFF. *Archiv f. Gynäk.*, Bd. 50, pag. 511. Caso I.	33	IIpara. Nella 3.ª gravid. aborto al 4.° mese.	*Isterectomia vaginale.*	Muore 26 giorni dopo l'operazione, 8 1[2 mesi dopo l'aborto.	Metastasi nei polmoni, nel fegato, nel pancreas, nell'intestino, nelle ossa.
4	1896	ACZEL. *Monatschr. für Geb. u. Gynäk.*, Bd. 3, 1896, pag. 413.	22	Due aborti, poi un parto a termine.	Emorragie ripetute.	Muore 9 mesi dopo il parto.	Tumore uterino, metastasi in vagina, nei polmoni, nell'intestino.
5	1896	O. v. FRANQUÉ. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 34, pag. 199.	32	VIpara. Ultimo parto normale.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
6	1896	NEUMANN. *Wiener kl. Woch.*, 1896, N. 36, p. 814.	35	IIIpara. Ultimo parto normale.	Emorragie. Raschiamento. *Isterectomia vaginale.*	Muore 3 mesi dopo l'operazione, 7 mesi dopo il parto.	Metastasi polmonari.
7	1896	CHROBAK. *Centralbl. für Gynäk.*, 1896, N. 50, pagina 1281.	33	IIpara. Nella terza gravidanza aborto.	*Isterectomia.*	Guarigione.	—
8	1896	SPENCER. *Trans. of. the Obst. soc. of London*, 1896, XXXVIII, pag. 135.	27	IIpara. Ultimo parto normale.	Emorragie ripetute.	Muore 2 1[2 mesi dopo il parto.	Tumore uterino. Metastasi al collo uterino ed ai polmoni.
9	1896	RUTHERFORD MORISON. *Trans. of. the Obst. soc. of Lond.*, 1896, XXXVIII, pag. 130.	35	Xpara. Ultimo parto a termine. Rivolgimento per presentazione di spalla.	Emorragie. Raschiam. *Isterectomia vaginal.*	Dopo 4 mesi emottisi. Muore 7 mesi dopo l'operazione, 10 1[2 dopo il parto.	—

Numero	Anno	Osservatore ed indicazione bibliografica	Età dell'ammalata	Precedenti	Decorso ed intervento operativo	Esito	Osservazioni
10	1896	Malcolm-Hebb. *Trans. of the Obst. soc. of London*, 1896, XXXVIII, pagina 125.	27	VIpara. Ultima gravid. terminata con aborto di 6 settimane.	Emorragie, febbre, peritonite.	Morta per peritonite da perforazione del fondo uterino dovuta al tumore.	Metastasi nel parametrio, nell'ovaio, nei polmoni, nelle ghiandole mediastiniche.
11	1896	Pick L. *Centralbl. für Gynäk.*, 1896, pag. 1021.	25	Ipara. Aborto.	*Isterectomia.*	Guarigione.	—
12	1896	Julia Cock. *Brit. med. journ.* Dec. 1896, in *Centralbl. für Gyn.*, 1898, pag. 26.	30	IVpara. Ultimo parto normale.	Emorragie. Raschiam.	Muore due mesi dopo il parto.	Tumore uterino. Metastasi nei polmoni. Entrambe le ovaie degenerate cisticamente.
13	1896	Nikiforow. *St. Petersb. med. Woch.* 1896. *Russ. med. Literatur*, pag. 41.	—	Gravidanza tubarica.	*Laparotomia. Esportazione degli annessi uterini* e dell'appendice vermiforme del cieco.	Muore 4 mesi dopo l'operazione.	Metastasi nei polmoni e nel fegato.
14	1896	Rosner. « Ein Fall von sogen. Deciduom. » *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, 1897, Bd. VI, p. 542.	20	Ipara. Parto normale.	Dopo quattro mesi emorragie. Tumore in corrispondenza alla tuba destra. Metastasi vaginale. Pezzi esportati col raschiamento della cavità uterina mostrano la natura di deciduoma.	Muore.	L'*Autore crede* siasi trattato di gravidanza extrauterina.
15	1896	Karström und Webster. *Monatschr. f. Geb. und Gynäk.*, 1898, Bd. VII, pag. 126.	36	Tre parti normali e tre aborti. L'ultimo fu un aborto al 3.° mese.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
16	1897	Sippel in Pick. « Drei Fälle von malignen tumoren, ecc. » Breslau, 1897.	37	Parto normale.	Emorragie. Pleurite. Nefrite.	Muore dopo circa 8 mesi.	—
17	1897	A. Martin. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 37, pag. 15.	28	IIIpara. Alla 4.ª grav. aborto al 5.° mese.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—

Numero	Anno	Osservatore ed indicazione bibliografica	Età dell'ammalata	Precedenti	Decorso ed intervento operativo	Esito	Osservazioni
18	1897	Gebhard. « Ueber das sogen. syncytioma malignum. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 37, pag. 480. Caso I.	30	VIIIpara. Ultimo parto normale 6 mesi prima dell'ingresso in Clin.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
19	1897	Gebhard. Caso III, l. c. e in Waldow. In. Diss., Berlin, 1897.	26	Un parto normale. Ultima gravid. interrotta da aborto al 2.° mese.	Si esporta un grosso nodo metastatico vaginale (parete anter.).	Muore circa 4 mesi dopo l'aborto.	Metastasi nel cervello, nei polmoni, nella milza, alla vagina, alle ghiandole linfat. prevertebrali. (Nulla di notevole alle ovaie).
20	1898	Scherer. « Zwei Fälle von sogen. malignem Deciduom. » *Archiv f. Gynäk.*, Bd. 56, pag. 372. Caso II.	26	Ipara. Dopo un parto spontaneo, ammalò di parametrite. Non è chiaro se la ritenzione di residui ovulari debba ascriversi a questo parto avvenuto 2 anni prima od a successivo aborto (sospensione mestrua di 6 settim.).	Essendovi già segni di metastasi polmonare non si interviene con atti operativi.	Muore a casa propria.	—
21	1897	Schmorl. *Centralbl. für Gynäk.*, 1897, pag. 90.	—	Aborto.	Emorragie ripetute.	Muore 17 settimane dopo l'aborto.	Tumore nell'utero, metastasi nei polmoni, nei reni ed in altri organi.
22	1897	Reinicke. « Zur Frage des Sarcoma deciduocellulare. » *Arch. f. Gynäk.*, Bd. 53, pag. 105.	26	Ipara.	Viene sottoposta a laparotomia per indicazione vitale in causa di emorragia interna, che al momento si giudica dovuta a rottura di gravidanza extrauterina. Il sangue proveniva dal fondo dell'utero perforato dal tumore. *Amputazione sopravagin.* (Porro).	—	—
23	1897 / 1885	Fraenkel E. « Maligne Tumoren des Chorionepithels. » *Samml. Klin. vortr.*, N. 180, 1897.	29	Un parto a termine. Un aborto.	Tumore uterino. Metastasi vaginali. Febbre.	Muore.	Metastasi nel cervello, nei polmoni, nel fegato, nei reni. Entrambe le ovaie in degenerazione cistica.

Numero	Anno	Osservatore ed indicazione bibliografica	Età dell'ammalata	Precedenti	Decorso ed intervento operativo	Esito	Osservazioni
24	1897 / 1892	Fraenkel E. *Samml. K. vortr.*, N. 180, 1897.	31	IIpara. Ultimo parto normale.	Continue perdite sanguigne. Progressivo deperimento. Metastasi multiple in vagina.	Muore 3 1/2 mesi dopo il parto.	Tumore uterino. (Polipo placentare). Metastasi vaginali. Idrotorace bilaterale.
25	1897	Schmorl. *Centralbl. für Gynäk.*, 1897, pag. 1217.	38	Dopo un parto norm.	Le sofferenze si manifestarono circa 18 settimane dopo il parto.	Muore dopo circa 6 mesi.	Utero, tube ed ovaie erano libere da neoplasma. Vi erano metastasi in vagina, nei polmoni, nel fegato, nei reni, nell'intestino.
26	1897	Lewers. « A case of primary sarcoma of the body of the uterus (deciduoma malignum) ecc. » *Trans. of the Obst. soc. of London*, 1897, Volume XXXIX, pag. 240.	25	Ebbe 3 gravidanze termin. tutte con aborto.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
27	1898	Trantenroth. « Weitere Beobachtungen über Deciduoma malign. » *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, pag. 7.	38	VIpara. Ultimo parto normale.	Emorragie ripetute. Raschiamento. *Isterectomia.*	Muore in 12.ª giornata.	—
28	1898	Trantenroth. *Monat. f. Geb. und Gynäk.*, 1898, VII, pag. 7.	48	Aborto?	*Isterectomia.* (Operazione incompleta).	Muore dopo alcune ore.	Metastasi nel digiuno, nel fegato, nel rene sinistro, nel polmone sinistro.
29	1898	Veit. « Ueber malignes Deciduom. » *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, Bd., 38, 1898, pag. 508.	32	VIpara. Aborto al 4.º mese.	Emorragie. Grande deperimento. Febbre. *Isterectomia.*	—	—

TAVOLA II. — **Corio-epiteliomi maligni sviluppatisi in seguito a mola vescicolare.**

NUMERO	ANNO	OSSERVATORE ED INDICAZIONE BIBLIOGRAFICA	Età dell'ammalata	PRECEDENTI	DECORSO ED INTERVENTO OPERATIVO	ESITO	OSSERVAZIONI
1	1872 / 1896	NETZEL, cit. da EIERMANN.	38	Xpara. Nel Novembre 1862, mola vescicolare, di poi per qualche tempo emorragie; nel Novembre 1871 parto normale.	Quattro settimane dopo il parto emorragie. Formazione di tumore uterino, che si riproduce dopo il raschiamento.	Muore 3 1/2 anni dopo la mola e 6 mesi dopo l'ultimo parto.	Tumore nell'utero e nella tuba sinistra. Metastasi in vagina, nel fegato, nella milza, nei reni, nelle glandole linfatiche addominali, nei polmoni.
2	1885	HOFMEIER. *Zeitschrift f. Geb. und Gynäk.*, 1885, Bd. 11, pag. 409.	30	Pluripara. Mola vescicolare, indi emorragie, nuova gravidanza aborto al 3.° mese.	Dopo l'aborto parametrite bilaterale.	Muore 6 mesi dopo la mola e un mese dopo l'aborto.	Tumore nell'utero. Metastasi polmonari.
3	1896	LÖNNBERG-MANNHEIMER. *Monatsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1896, Bd. VII, pag. 128.	42	IIIpara. Mola vescicolare di 4 mesi.	Emorragie; 23 mesi dopo la mola *isterectomia addominale*. Esportazione di numerosi nodi vaginali.	Guarigione.	—
4	1896	APFELSTEDT u. ASCHOFF. *Archiv f. Gyn.*, Bd. 50, pag. 511. Caso II.	42	IIpara. Nella terza gravidanza a 5 mesi espelle una mola vescicolare.	Otto giorni dopo l'espulsione della mola si forma una metastasi vaginale.	Muore 4 mesi dopo espulsa la mola.	Tumore uterino, metastasi in vagina, nei polmoni, nella milza.
5	1896	NEUMANN (Illich). *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, . 3, Heft 5.	51	XIIIpara. Mola vescicolare a 4 mesi.	Emorragie. Raschiamento. Persistendo la emorragia, *amputazione sopravaginale dell'utero* (Porro).	Muore 4 giorni dopo la mola.	Morta per sepsi.
6	1896	RUNGE. *Arch. f. Gynäk.*, 1896, Bd. 51, pag. 185.	44	Pluripara. (Nega d'aver avuto aborti).	Diagnosi di mioma dell'utero. *Amputazione sopravaginale.*	Guarigione.	L'esame microscopico del tumore uterino dimostra trattarsi di corio-carcinoma dopo mola vescicolare, della quale si trovano ancora parti.
7	1896	CAZIN. « Des deciduomes malins. » *La Gynécologie*, N. 1 e 2, 1896.	30	Dopo due parti normali in una terza gravidanza espulsione di mola idatiforme.	*Isterectomia vaginale* (Segond) nove mesi dopo la mola.	Guarigione.	—

Numero	Anno	Osservatore ed indicazione bibliografica	Età dell'ammalata	Precedenti	Decorso ed intervento operativo	Esito	Osservazioni
8	1896	Sippel, in Pick. Disser. Breslau, 1897.	26	IVpara. Mola vescicolare di 4 mesi.	Emorragie. Raschiamento. *Isterectomia vaginale* un mese dopo espulsa la mola.	Guarigione.	—
9	1897	Schauta. *Centralbl. für Gynäk.*, 1897, pag. 53.	—	Tre parti normali. Alla 4.ª gravidanza giunta a circa 5 mesi perdite sanguigne e formazione di nodo in vagina. Si esporta dall' utero una mola vescicolare.	*Isterectomia vaginale ed escisione del nodo vaginale.*	Guarigione.	—
10	1897	Lindfors. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, pag. 7.	44	Dopo due parti normali espulsione di mola vescicolare a 4 mesi.	Raschiamento. *Isterectomia vaginale.*	Muore 5 giorni dopo l'operazione.	—
11	1897	Eiermann. « Der gegenwärtige Stand, etc. » Halle, 1897.	52	Xpara. Quattro anni prima mola vescicolare.	Dopo l'espulsione della mola ripetute emorragie, di poi menopausa per 3 anni e ½. Poi di nuovo emorragie. Raschiamento. Rinnovatesi le emorragie e constatato tumore nell'utero. *Isterectomia.*	Guarigione.	—
12	1896	Treub-Doormann, citato da Pick.	51	Mola?	Emorragie. Raschiamento. *Isterectomia.*	Muore un anno dopo.	Tumore cerebrale.
13	1896	Karström u. Webster. *Monatschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1898, Bd. VII, pag. 126.	32	Due parti prematuri al 7.º mese. Mola vescicolare.	Emorragie. Laparotomia, esportazione di cistoma gland. ovarico a sinistra e di ovaio cistico a destra. *Isterectomia per vaginam.*	Guarigione.	—

Numero	Anno	Osservatore ed indicazione bibliografica	Età dell'ammalata	Precedenti	Decorso ed intervento operativo	Esito	Osservazioni
14	1896	Monod et Chabry. « Note sur un cas de déciduome malin, suivie de l'examen anatomique de la pièce par Macaigne. » *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 1897.	27	Mola idatidosa.	Emorragie. Raschiamento. *Isterectomia.*	Guarigione.	*Entrambe le ovaie* erano in degenerazione cistica. Eiermann crede si trattasse di semplice mola vescicolare. *Centralbl. für Gynäk.*, 1897, pag. 1048.
15	1896	Ulesko Stroganowa. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, pag. 385.	26	Nella prima gravidanza mola vescicolare.	Raschiamento. *Isterectomia.*	Guarigione.	—
16	1896	Pick A. Inaug. Dissert. Breslau, 1897.	52	VIIIpara. Mola vescicolare di 5 mesi.	Raschiamento, dopo 4 settimane, emorragie. Piemia.	Muore circa 6 settimane dopo la mola vescicolare.	Tumore uterino, metastasi ulcerate in vagina.
17	1896	Zondek. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. 37, pag. 156.	43	La donna ebbe 12 bambini vivi e 4 aborti. Gravida la 17.ª volta, espulse una mola vesc.	Raschiamento ripetuto. *Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
18	1896	Scherer. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 56, pag. 372. Caso I.	33	Vpara. Alla 6.ª gravidanza mola vescicolare.	*Isterectomia vaginale.*	Muore in 5.ª giornata dopo l'operazione.	Vi erano metastasi nei polmoni, nel fegato, nel cervello.
19	1897	Fraenkel E. *Sammlung Klin. Vortr.*, N. 180, 1897.	48	Vpara. Mola vescicolare a 3 mesi.	Emorragie, dolori. *Isterectomia vaginale.*	Guarigione. All'uscire dalla Clinica presenta ancora edemi agli arti inferiori.	—
20	1897	Gebhard. *Zeitschr. für Geb. u. Gynäk.*, Bd. 37, pag. 480. Caso II.	23	Tre gravidanze, terminate: la 1.ª con parto prematuro, la 2.ª e la 3.ª con aborto, la 4.ª con mola vescicolare.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—

Numero	Anno	Osservatore ed indicazione bibliografica	Età dell'ammalata	Precedenti	Decorso ed intervento operativo	Esito	Osservazioni
21	1898	Ronsse. « Du deciduome malin. » *Belgique méd.*, vol. 24, pag. 737. — Giugno 1898, in *Schmidt's Jahrb.*, 1898, Bd. 259, N. 8, pag. 120.	—	Mola vescicolare.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
22	1897	Marchand. *Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 29, pag. 173.	42	Cinque parti normali; la 6.ª gravidanza termina con espulsione di mola vescicolare al 3.° mese.	*Isterectomia vaginale.*	Guarigione.	—
23	1897	Marchand. *Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk.*, Bd. 29, pag. 173.	22	Ipara. Mola vescicolare al 5.° mese.	Cinque mesi dopo espulsa la mola vescicolare, col tumore uterino vi erano già metastasi vaginali: poco dopo compare metastasi al grande labbro destro, escreato sanguinolento.	Muore 7 mesi dopo l'espulsione della mola.	Tumore uterino, metastasi vaginali, polmonari e nelle ghiandole retroperitoneali. Ovaie con piccole cisti.
24	1898	Resinelli.	29	IVpara. Gravidanze precedenti irregolari. Nella 5.ª gravidanza mola vescicolare.	Emorragie ripetute. Metastasi vaginali, emottisi.	Muore 4 mesi dopo l'espulsione della mola.	Tumore uterino, metastasi vaginali e polmonari. Degenerazione cistica di entrambe le ovaie.
25	1898	Stankiewicz. « Beitrag zur Lehre von den bösartigen Neubildungen des Chorions (Excochorioma malignum). » *C. f. Gyn.*, 1898, pag. 1046.	31	IVpara. Mola vescicolare.	Emorragie ripetute. Si esporta la mola, formazione di metastasi vaginali. Raschiamento.	Muore dopo 4 mesi con segni di metastasi polmonari.	—

RASSEGNA

HALBREICH. — **Un caso di fistola vagino-perineale dopo il coito.** — *Vratshebnia Zapisski,* 1897.

Una donna di 35 anni accolta nell'Ospedale ginecologico, si lagna di non poter ritenere nè gas nè feci. Maritata da un anno e 10 mesi, l'unione rimase senza concepimento. Al primo avvicinamento sessuale provò un dolore assai vivo e verificossi emorragia assai considerevole; anche tentativi susseguenti, benchè meno dolorosi, furono sempre seguiti da perdite sanguigne. La paziente restò un mese a letto, in cui la ferita si cicatrizzava ed il coito poteva aver luogo senza dolore, sebbene la paziente non ne ritraesse alcun piacere. A partire da questo momento essa non potè più ritenere nè gas nè feci; imperocchè a livello della forchetta e della fossa navicolare fu riscontrata una breccia che metteva la vagina in comunicazione col retto. La soluzione di continuità venne riparata con una operazione di cui l'A. dà una dettagliata descrizione.

Il caso presenta uno speciale interesse dal punto di vista medico-legale.

DECIO.

SEVEREANO, GAILAV e GRUESCO. — **Dissociazione del setto retto-vaginale nel primo abbracciamento sessuale.** — *Presse méd. Roumaine,* 1897.

Una donna di 20 anni, nella prima notte delle nozze, prova un vivissimo dolore alla introduzione del pene e tenta svincolarsi dalle braccia del marito, ma questi non vuole acconsentire ed in allora i dolori facendosi più vivi, la sposa abbandona il decubito dorsale ponendosi a sedere. Se non che il marito a niun costo desiste ed assale nuovamente la meschina abbandonandosi ad irruente coito in siffatta postura, nella quale, al dire della donna, essa provò la sensazione di un vivissimo dolore come fosse tagliata da un coltello. Lo scolo di sangue che di subito apparve, venne creduto segno della comparsa delle mestruazioni, e le cose rimasero in tale stato durante lo spazio di tre giorni, in capo ai quali apparve dalla vulva incontinenza fecale. Accolta nell'Ospedale si osservarono i seguenti particolari: organi genitali esterni ben sviluppati, l'imene è rappresentato da una

membrana fibrosa, di spessore da 1 a 5 mm. e misura un diametro di 4 cm.: da ambo i lati si scorge un orifizio di forma elittica il cui massimo diametro ha una lunghezza 7 a 9 mm., ed il minimo da 3 a 4. La zona compresa tra i due orificii misura 1 cm. di larghezza: l'imene è intatto.

Il setto retto-vaginale è diviso in due parti fino alla profondità di 8 a 10 cm. Alla parte superiore di questo canale si trova un'apertura che stabilisce una diretta comunicazione tra il retto e la superficie cutanea del perineo, il che è confermato anche coll'esame digito-rettale. La cicatrizzazione si compì in 10 giorni mediante il riposo e quotidiani lavacri con soluzioni di sublimato corrosivo.

Un tal caso è assai raro, pel fatto che un pene normale ebbe la forza di lacerare delle parti molli sane e di dissecare il setto retto-vaginale in guisa da produrre una piaga così considerevole. L'unica causa che può dar spiegazione al fatto singolare è forse la struttura fibrosa dell'imene; forse il pene, che indarno urtando contro il medesimo non riusciva a lacerare, deviò verso il perineo, ed in tal guisa potè farsi strada in grembo alla muscolatura. Decio.

LVOFF. — **Un cas d'arrachement du cul de sac postérieur du vagin pendant le coit.** — *Journ. d'accouchement et de Gyn.*, 1897.

Sopra una donna di 23 anni, in preda a sintomi di emorragia grave, l'A. potè constatare colla esplorazione che il fornice vaginale posteriore era staccato dal collo dell'utero in tutta la sua larghezza, presentando uno squarcio di 4 cm. a bordi irregolari. Il dito insinuato nella breccia incontrava il cellulare, il peritoneo che copriva la parte superiore del cul di sacco, tuttavia era intatto. L'emorragia fu frenata colla forcipressura dell'arteria lacerata, e la vagina fu tamponata con garza jodoformica. La lacerazione era stata prodotta al momento di un coito impetuoso praticato mentre la donna era a mezzo sdraiata su di una poltrona. In sul principio essa aveva provato un vivo dolore, poi durante l'atto questo era stato sentito anche nel basso ventre, solo alla fine si accorse della emorragia. Era questo il terzo coito della donna, poco prima deverginata dallo stesso uomo, i cui genitali erano di media dimensione ed in condizioni normali. Guarigione completa.

Decio.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
JAN 99
LIBRARY

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Bidone. — Formazione della cicatrice ombelicale e modo di comportarsi delle fibre elastiche nelle varie età . . . . . *Pag.* 326
Bonardi. — Taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli 85
Bossi. — Contributo allo studio della frequenza, delle cause e del trattamento dell'aborto 139
—— Sull'infezione puerperale a domicilio. 559
Decio. — Cenno storico-critico-confermativo della priorità di una peculiare giacitura delle partorienti 217
—— Ulteriori osservazioni intorno alla posizione di Walcher 453
—— Congetture sull'epoca della introduzione del forcipe in Milano . . . 903
Ferroni. — Il parto podalico nella Clinica ostetrica di Pavia 39, 170, 242, 337, 624
—— Osservazioni sulla struttura delle cisti della glandola vulvo-vaginale . 513
—— Sulla presenza e sulla distribuzione delle cosidette Mastzellen nella membrana amnios. 584
Giglio. — 12 casi di ematocele pelvico intraperitoneale da aborto tubarico e tubo-ovarico 377, 465
Guzzoni degli Ancarani. — Contributo alla storia del taglio cesareo sulla donna agonizzante 893
Herlitzka. — Di una rara forma di placenta umana 545
Ingianni. — Tunnelizzazione dei tumori fibrosi dell'utero nell'isterectomia vaginale. 235
Inverardi. — L'isterectomia vaginale nei fibromiomi dell'utero 105
Landucci. — Sulla competenza degli ostetrici nella pratica ginecologica. . 422
Mangiagalli. — Risposta al dott. Landucci 437
Merletti. — Profilassi dell'eclampsia puerperale secondo le moderne vedute intorno alla sua patogenesi 697
Nicodemi. — Considerazioni sopra cinque tagli cesarei 396
Pazzi. — Pro melli 441
Pinzani. — Ricerche sperimentali intorno agli effetti dell'amputazione della portio sulla nutrizione dell'utero 881
Pozzoli. — Sulla sinfisiotomia 1

Resinelli. — Osservazioni cliniche od anatomo-patologiche su di un caso di corio-epitelioma maligno . . . . . *Pag.* 914
Sapelli. — Della isterectomia vaginale 609, 751, 797, 825
Trovati. — Contributo allo studio dell'endotelioma dell'ovaio 201
Truzzi. — Intorno ai processi di angiodistrofia nelle ovaie di donne osteomalaciche 281
Vicarelli. — Il craniotomo-trivella 777

TRADUZIONI.

Döderlein. — L'ostetricia del passato e l'ostetricia moderna . . . . *Pag.* 360

RASSEGNA.

Angelucci e Pieraccini. — Sulla opportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nella nevrosi isterica e nelle alienazioni mentali . *Pag.* 878
Bekmann. — L'ulcera rotonda semplice della vagina 276
Burckhard. — Cinquanta casi di estirpazione totale dell'utero dalla vagina col processo Doyen-Landau 193
Caneva-Zanini. — L'isteropessia addominale anteriore nella cura chirurgica delle retrodeviazioni uterine 819
Cavazzani. — Grandi ascessi parenchimatosi dell'utero 604
Charrier e Appert. — Recherche de la réaction agglutinante par le méthode de Widal dans les humeurs d'un embryon de trois mois 776
Cioja. — Tumore parovarico complicante il parto 604
—— Materiale di medicazione ostetrica 877
—— Del bacino piatto per lussazione doppia coxo-femorale 877
Defontaine. — Hystérotomie sphynctérienne 820
Franqué. — Sulle alterazioni istologiche della placenta e loro rapporti colla morte del feto 876
Freudenberg. — Sintomatologia e terapia della retroflessione uterina . . 101
Gardon. — La sterilità temporaria come causa di aborto nella prima gravidanza 275
Georgin. — Galattoforite generalizzata doppia a streptococchi 275
Gilles de la Tourette. — Le sein hystérique 879
Gottschalk. — Sull'atrofia dell'utero da castrazione 199
Halbreich. — Un caso di fistola vagino-perineale dopo il coito 955
Herrgott. — Un cas de putréfaction fœtale 821
Katzenelenbogen. — Il salicilato di soda e di caffeina contro l'insufficienza delle contrazioni uterine 693

KAUFMANN. — Sulle flebectasie dell'utero e dei suoi annessi . . . . *Pag.* 273
LA TORRE. — La creazione del sesso a volontà 775
LEOPOLD. — Sulla estirpazione totale dell'utero e degli annessi attraverso la vagina per gravi infiammazioni croniche dei medesimi 194
LVOFF. — Un cas d'arrachement du cul de sac postérieur du vagin pendant le coit 956
MAGNIAUX et ROBINEAU. — Un caso di polimastia 277
MAINZER. — 200 operazioni radicali per via vaginale in causa di infiammazione cronica e suppurazione degli annessi con ricerche sui risultati lontani delle operazioni vaginali radicali 820
MANDL. — Contributo allo studio delle condizioni della mucosa uterina durante la mestruazione. 103
MANZONI. — Di alcuni interventi laparotomici 373
MARINESCO. — Un caso di corea mortale in donna gravida 373
MERLETTI. — Sulle auto-intossicazioni gravidiche. 773
—— Sulla cura del vomito incoercibile delle gravide 774
OUVRY. — Etude sur la môle hydatiforme. 823
PAQUY. — Contribution à l'étude de la grossesse extrautérine. Des grossesses développées dans des trompes saines 824
PAZZI. — La posizione del parto presso i diversi popoli prima e dopo l'era volgare 200
REINICKE. — La sclerosi delle arterie uterine e le emorragie della menopausa . 196
ROSE. — Trazioni dirette sul mascellare superiore nella presentazione della fronte 276
SAFT. — Contributo allo studio della febbre puerperale. 195
SAVOR. — Fistola del corpo dell'utero e della vescica 693
SCHAEFFER. — Sugli stravasi sanguigni nel canal vertebrale dei neonati e loro cause 197
SEVEREANO, GAILAV e GRUESCO. — Dissociazione del setto retto-vaginale nel primo abbracciamento sessuale. 955
TISSIER et MERCIER. — Un caso di *volvolus* congenito 277
VEDIN. — Un caso di atresia acquisita della vagina complicata da gravidanza 274
WILD. — Ricerche sul contenuto emoglobinico e sul numero dei globuli bianchi e rossi del sangue nelle gravide e nelle puerpere 198

CONGRESSI, SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Atti della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia . . . . . *Pag.* 534
Settima riunione della Società tedesca di ginecologia (Lipsia) 91

BIBLIOGRAFIA.

Castan. — Les métrorrhagies des jeunes filles . . . . . *Pag.* 606
De Frumerie. — Massage gynécologique 606
Doederlein. — Operazioni ostetriche 279
Doyen, Roussel e Millot. — Tecnica chirurgica 374
La Torre. — Elementi di ostetricia ad uso dei medici e degli studenti . . 693
Lombardini. — Sulla placenta 278
Pazzi. — Studio storico-critico sopra la eclampsia puerperale 605
Tarnier e Budin. — Trattato di ostetricia 694
Tonta. — Raggi di Röntgen e loro pratiche applicazioni 544
Winter. — Manuale di diagnostica ginecologica 280

COMUNICATI.

Congresso di ginecologia, ostetricia e pediatria (Marsiglia) . . . . . *Pag.* 606
IX Congresso di medicina interna (Italia) 607
Società italiana di Ostetricia e Ginecologia 543

NOTIZIE.

Congresso periodico francese di ostetricia e pediatria . . . . . *Pag.* 280 ter
Onoranze ad ostetrici italiani 694
Società italiana di ostetricia e ginecologia 694

NECROLOGIO.

Carlo Giacomini . . . . . *Pag.* 608
Prof. T. Halbertsma 696
E. Péan . . . . . 680 bis
Prof. Rosario Pugliatti 695

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano - Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.